Rok XLII. Kraków 7 Marca 1903. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag z dziedziny sfigmografii i sfigmomanometryi.

Podał

Kazimierz Rzętkowski (Warszawa).

W ostatnich czasach kwestya mierzenia ciśnienia tętniczego u ludzi stanęła na gruncie praktyczniejszym. Dzięki zastosowaniu w tym celu takich prostych przyrządów, jak powszechnie znany tonometr Gärtnera, lub sfigmomanometr Riva-Rocciego, które, a zwłaszcza ten ostatni, przewyższają dawniej używane przyrządy von Bascha i Potaina, mamy możność łatwego oryentowania się co do wysokości ciśnienia tętniczego u każdego nieledwie pacyenta, a nadto potrafimy przez przerabianie metodyczne pomiarów w danym okresie czasu u danego osobnika zyskać szereg liczb, pozwalających nam drogą porównania mniej lub więcej poznawać warunki krążenia w danym przypadku.

Niewątpliwie i dawniej, zanim sfigmomanometry wprowadzono w użycie, mieliśmy możność zdawania sobie sprawy z ciśnienia tętniczego. Prosta palpacya tętna pouczała nas w każdym poszczególnym przypadku o tem, czy tętno jest „twarde“, czy też „miękkie“. Atoli sprawdzanie naszych podmiotowych wrażeń przy pomocy przyrządów wykazało, że bardzo często uczuciu twardości tętna nie odpowiada w rzeczywistości wysokie napięcie ciśnienia tętniczego. Odwrotnie — przekonano się również, że w tych przypadkach, kiedy tętno — na zasadzie palpacyi — uważaliśmy za miękkie, — za dwubitne nawet, — co świadczyć miało o znacznem obniżeniu się ciśnienia tętniczego, — po sprawdzeniu wrażeń podmiotowych przy pomocy sfigmomanometru ciśnienie wcale niższem nie było. Doszliśmy tedy do wniosku, że łączone z podmiotowem wrażeniem „twardości“ tętna przeświadczenie o wysokiem ciśnieniu tętniczem i odwrotnie, przeświadczenie o nizkiem napięciu ciśnienia przy podmiotowem wrażeniu „miękkości“ tętna, daleko częściej zawodzi nas, niżby się zdawało. A już o porównaniu tych wrażeń w różnych, nawet stosunkowo krótkich odstępach czasu nie było nawet mowy. Tak więc nie możemy rozpoznawać wysokiego ciśnienia tętniczego przy pomocy zwykłego obmacywania tętna. Daleko pewniejsze wskazówki w tych razach otrzymywaliśmy przy pomocy wykreślania krzywych sfigmograficznych. Wszak każdy poszczególny odcinek krzywej sfigmograficznej, — odpowiadający pojedynczemu okresowi czynnemu serca, nie jest czem innem, jak tylko graficznym wyobrazicielem zmian, zachodzących w ciśnieniu w układzie krwionośnym. Atoli i tu o żadnych danych liczbowych, mogących nam posłużyć za punkt wyjścia do porównań, niema mowy, ponieważ na krzywej sfigmograficznej widzimy, że ciśnienie to podnosi się, to opada, ale jak wysoko podnosi się, ilu milimetrom *Hg* to podniesienie się jego skurczowe odpowiada, o tem żadnego pojęcia przed zastosowaniem sfigmografów mieć nie mogliśmy.

Krótko mówiąc, wówczas zaczęliśmy rozpoznawać istotny stan ciśnienia tętniczego, kiedy nauczyliśmy się mierzyć je przy pomocy sfigmomanometrów.

Sfigmomanometr daje nam równoważnik liczbowy ciśnienia w tętnicach obwodowych, które, — jak wiadomo, — zależy ogólnie od 1) siły serca, t. j. energii jego skurczów; 2) od wysokości oporów na obwodzie tętniczym, i 3) od ilości krwi. Wiemy jednak z fizyologii krążenia, że pomiędzy tętnicami ciała wewnętrznemi — trzewnemi i tętnicami obwodowemi istnieje stosunek, polegający na kurczeniu się pierwszych, kiedy drugie ulegną rozszerzeniu i rozszerzaniu się pierwszych, kiedy ostatnie ulegną zwężeniu. Przecież w ten tylko sposób możemy wytłómaczyć sobie mieszczenie się niezmiennej masy krwi w układzie krwionośnym, przy nieustannej a tak szybkiej zmianie w objętościach poszczególnych jego części. Jeżeli na obwodzie skutkiem mocnego skurczu tętnic powstanie duży opór dla krwi, to ta, — dążąc do miejsca najmniejszego oporu, spłynie w większej masie do tętnic trzewnych, które objętościowo rozszerzyły się o tyle, o ile tętnice obwodowe skurczyły się. Odwrotnie, — jeśli tętnice obwodowe, — jak przy chorobach zakaźnych, ulegną rozszerzeniu, to wówczas kurczą się tętnice trzewne, przez co ciśnienie w tętniczym układzie powraca do niezbędnej dla utrzymania życia równowagi. W tych to razach wyczuwamy na tętnicy promieniowej tętno miękkie, nawet dwubitne, a sfigmomanometr poucza nas o tem, że ciśnienie w układzie tętniczym danego osobnika jest prawidłowe — 11—13 ctm.

Jeżeli tak jest, to na co właściwie wskazują nam liczby sfigmomanometrów? Czy wykazują nam one ciśnienie obwodowe, czy też ciśnienie ogólne, panujące w całym układzie i lewej komorze? Powyższe uwagi pouczają, że niepodobna odróżniać ciśnienia obwodowego od ogólnego, ponieważ to, co się dzieje w danym obwodowym odcinku tętnicy, na który nałożyliśmy uciskającą część sfigmomanometru, jest wypadkową z czynników czysto lokalnych i czynników oddalonych, powstających wskutek przystosowywania się do siebie rozmaitych części układu tętniczego. Wszak dosyć jest nacisnąć przez powłoki brzuszne aortę brzuszną, iżby podnieść ciśnienie, mierzone na tętnicy promieniowej, o kilkadziesiąt milimetrów *Hg*.

Z powyższego widzimy, że o stopniu rozszerzalności i kurczliwości tętnic trzewnych sam sfigmomanometr pojęcia nam dać nie może. Liczby, które otrzymujemy przy jego pomocy, są wypadkowemi wielu czynników, zsumowanych w je-

dną całość, której bez pomocy innych danych rozwikłać niepodobna. Należy się jednak zastanowić nad okolicznościami następującemi. Mamy przed sobą np. chorego na dur brzuszny, gorączkującego, który ma wyraźne tętno dwubitne, doskonale wyczuwane palcem jako takie i jako takie występujące na sfigmograficznej krzywej. Dawniej powiedzielibyśmy o nim, że „ma nizkie ciśnienie tętnicze“.

Dziś mierzymy to ciśnienie przy pomocy sfigmomanometru i przekonywamy się, że ma ciśnienie nie nizkie, ale— prawidłowe, np. jakieś 125—130 mm. *Hg*. Jak powiązać fakt istnienia dwubitności tętna, — świadczący o całkowitem zwiotczeniu ścianek naczyń, z prawidłowem ciśnieniem tętniczem? Wszak powinno tu było wystąpić raczej obniżenie ciśnienia przy tak znacznem zmniejszeniu oporu obwodowego. Mimoto ciśnienie pozostaje prawidłowem. Co tu właściwie zaszło? Masa krwi pozostała niezmieniona. Może serce zaczęło energicznie pracować? Niewątpliwie, ale musiało ono zaczerpnąć zkądciś materyału do pracy — krwi. Oczywiście, zaczerpnęło ono krwi z naczyń trzewnych, które musiały na tyle się skurczyć, iżby dostarczyć sercu masę krwi, niezbędną do zapełnienia pustki, powstałej na obwodzie. Z powyższego musimy wywnioskować, że istnienie prawidłowego ciśnienia przy stwierdzonej dwubitności tętna obwodowego jest objawem zachowanego kurczenia się w zakresie prawidłowym naczyń trzewnych.

Weźmy teraz przypadek odwrotny. Mamy przed sobą chorego z stwardnieniem tętnic. Wymacywanie tętna poucza nas, że chory ma tętnicę promieniową wężykowato pokręconą i z paciorkowatemi zgrubieniami. Krzywa sfigmograficzna tętnicy promieniowej tego chorego posiada na katakrocie mnóstwo falistych wyniosłości i spuszcza się powoli; tętno kwalifikujemy jako twarde i rzadkie. Oczekujemy tu naturalnie silnego podniesienia się ciśnienia tętniczego, tembardziej, że i tętnica skroniowa naszego chorego jest mocno wężykowata, zwapniała. Mierzymy ciśnienie przy pomocy sfigmomanometru i stwierdzamy, że nie przewyższa ono 130 mm. *Hg.*, że jest zatem prawidłowe. Jak sobie wytłómaczyć to wszystko? Wszak opór na obwodzie doszedł tu do rozmiarów poważnych; tętnica promieniowa i inne obwodowe uległy niewątpliwie zwężeniu, a mimoto ciśnienie pozostało prawidłowem. Masa krwi ogólna i tym razem pozostała prawdopodobnie niezmieniona. Zatem serce słabiej ciśnie krew do tętnic obwodowych? Niewątpliwie, ale gdzież się podziała ta ilość krwi, która nie może się pomieścić w zwężonych tętnicach obwodowych? Część jej pomieściła się niewątpliwie w rozszerzonem, niedostatecznie opróżniającem się sercu, ale tylko część. Reszta musiała znaleźć miejsce w naczyniach trzewnych, które w tym celu musiały koniecznie uledz rozszerzeniu.

W ten sposób przy zestawieniu danych sfigmomanometrycznych z danemi, zdobytemi przy pomocy obmacywania tętna i rysowania krzywej sfigmograficznej, możemy zyskać wskazówki co do ewentualnej kurczliwości tętnic trzewnych — wskazówki bardzo cenne przy rozpoznawaniu umiejscowienia miażdżycy tętnic, ewentualnie stwardnienia ich.

Tak więc: 1) obecność tętna miękkiego przy ciśnieniu prawidłowem świadczy o skurczu naczyń trzewnych.

2) Obecność tętna twardego przy ciśnieniu prawidłowem świadczy o rozszerzeniu tętnic trzewnych.

Prognostycznie biorąc, obecność tętna miękkiego przy ciśnieniu prawidłowem jest objawem dodatnim, świadczącym, że poszczególne części układu tętniczego zdolne są jeszcze do samodzielnego regulowania ciśnienia tętniczego bez obciążania w tym celu zbytnio pracy serca. Obecność zaś tętna twardego przy ciśnieniu prawidłowem pozwala mniemać, że proces stwardnienia nie zajął tętnic trzewnych. A przecież stan serca u chorych na stwardnienie tętnic zależnym jest przeważnie od stanu tętnic trzewnych: to, czego ich skurcz lub rozluźnienie nie sprawi, musi sprawić wzmożenie lub osłabienie pracy serca. Tak więc chory na stwardnienie tętnic z twardem tętnem i ciśnieniem prawidłowem *caeteris paritas* prognostycznie znajduje się w warunkach lepszych, niż ten chory, u którego twardemu tętnu towarzyszy podniesione ciśnienie w układzie tętniczym.

Z powyższego widzimy, że zestawienie danych sfigmograficznych z danemi sfigmomanometrycznemi może nam dać bardzo ciekawe wskazówki co do stanu wewnętrznych tętnic ciała. To też palpacyi tętna, która nas poucza o „twardości“ lub „miękkości“ tętna, nie należy lekceważyć, jeśli ma ona być poparta w dążeniu do zdania sobie sprawy z istotnego stanu całego układu tętniczego danemi sfigmomanometrycznemi.

II. **Z kliniki chirurgicznej c. k. Radcy Dworu Profesora Dra Rydygiera we Lwowie.**

O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy.

(Podług wykładu na XII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie).

Podali

Dr. Stanisław Jasiński,
elew kliniki.

(Ciąg dalszy).

Mówiąc o torbielach trzustki, przypomnieć należy, że przez wyrażenie *cystis pancreatis* rozumiemy różne sprawy chorobowe, które pod względem anatomo-patologicznym znacznie między sobą się różnią, pod względem zaś klinicznym bardzo podobne przedstawiają objawy. Anatomo-patologicznie musimy odróżnić prawdziwe torbiele trzustki od rzekomych, t. j. umieszczonych pod blaszką otrzewnej, pokrywającą trzustkę, lub powstających z wylewów do torebki sieciowej w następstwie urazu lub zapalenia. A że pod względem klinicznym torbiele te, rozwijające się czy to w trzustce samej, czy też w jej otoczeniu, tak co do etyologii, jak i symptomatologii lub terapii wiele między sobą okazują podobieństwa, — i ponieważ nawet anatomicznie nie zawsze można dokładnie postaci te od siebie odróżnić, przeto za przykładem Körtego wszyscy chirurdzy przyjęli tę wspólną nazwę: *cystis pancreatis*.

Körte dzieli torbiele trzustki na:

I. Torbiele trzustki prawdziwe.

1. Torbiele z zatrzymania (retencyjne) przewodu odprowadzającego, wyróżniane głównie przez Virchowa.

2. Torbiele z bujaniem (proliferacyjne) tkanki gruczołowej trzustki *(cystadenoma — epithelioma cysticum)*.

3. Torbiele z zatrzymania (retencyjne), powstałe z pę-

cherzyków gruczołowych i małych przewodów odprowadzających przez odsznurowanie w następstwie urazu lub przewlekłego zapalenia łączno tkankowego (n. p. alkoholizm, zapalenia przewodu pokarmowego, przechodzące na przewód trzustki i t. p.).

II. Torbiele trzustki rzekome:

1. Skutkiem urazu lub zapalnych spraw trzustki; wylew, czy wysięk gromadzić się może podotrzewnowo na tylnej ścianie torebki sieciowej, lub w niej samej, jako puchlina torebki, która etyologicznie od trzustki zależy.

2. Torbiele powstałe w okolicy trzustki, nie pozostające z nią w żadnym związku, ale dające podobne kliniczne objawy (tak zw. *peripancreatische Pseudocysten).*

3. Są jeszcze opisane torbiele, które stoją w związku z rakiem lub mięsakiem trzustki, ale te nie przedstawiają żadnego interesu dla chirurga.

Torbiele z zatrzymania (retencyjne) w znaczeniu Virchowa, powstające z zatkania, zwężenia lub zagięcia przewodu Wirsunga przez kamyczki, blizny lub przemieszczenie narządu i wynikającego ztąd zastoju wydzieliny gruczołowej aż do wytworzenia się torbieli, mogą mieć dwojaki kształt: przewód rozszerza się niejednostajnie i w ten sposób, że powstały torbiel ma kształt różańcowaty, lub też przewód rozszerza się jednostajnie workowato. Te torbiele wyjątkowo tylko mogą dać powód do chirurgicznego zabiegu, gdyż nigdy nie osięgają większych rozmiarów (największy spostrzegany był wielkości główki dziecka). Potwierdziły to doświadczenia Körtego i innych na zwierzętach, które nadto wykazały, że miąższ gruczołowy po podwiązaniu przewodu w znacznej części zanika przez zwyrodnienie tłuszczowe i bujanie tkanki łącznej.

Reszta miąższu gruczołowego ulega zazwyczaj zapaleniu śródmiąższowemu i następowej marskości.

Torbiele proliferacyjne *(cystadenoma)* mikroskopową budową odpowiadają zupełnie takim torbielom w innych gruczołach, jak n. p. w jajnikach, nerkach, nadnerczach, jądrach i sutkach. Według Waldeyera musimy je uważać za prawdziwe nowotwory *(glanduläre Cystome).* W ścianach ich wytwarzają się coraz to świeże kosmki gruczołowe, które przechodzą w torbiele o zawartości śluzowej lub surowiczo-śluzowej i w końcu zlewają się razem przez zanik przegród ściennych. Powiększenie się rozmiarów torbieli jest częściowo sprawą następową, a zostaje wywołane przez nagromadzenie i koloidowe lub śluzowe zwyrodnienie komórek złuszczonych z wewnętrznej powierzchni ściany. Głównym jednak czynnikiem coraz dalszego rozrostu jest energia proliferacyjna tkanki w ścianach torbiela, co wykazano mikroskopowo. To ciągłe wytwarzanie się coraz to nowych małych torbieli, to ustawiczne bujanie, jest dla nas wskazówką, że przy tego rodzaju torbielach samo wszycie ścian jego w powłoki brzuszne i założenie przetoki nie jest doszczętnym środkiem leczniczym, gdyż choć główny torbiel ulegnie zanikowi, to jednak te poboczne ciągle bujać i rozrastać się będą. Jako przykład posłużyć mogą te przypadki *kystoma ovarii,* gdzie z powodu bądźto znacznej wielkości guza, bądź też znacznych zrostów z otoczeniem, nie usunięto ich doszczętnie, lecz musiano się zadowolnić nacięciem ścian i wszyciem ich w powłoki brzuszne. Powstała przetoka nie goi się, a w sąsiedztwie jej wskutek bujania komórek powstają nowe guzy. A i w piśmiennictwie, traktującem o torbielach trzustki, znajdujemy kilka przypadków, gdzie po nacięciu i sączkowaniu wyleczenie nie nastąpiło. Jedynym uzasadnionym zabiegiem jest tu zupełne wyłuszczenie guza, jeżeli to jest możliwem, t. j. gdy nie ma silnych i licznych zrostów z otoczeniem.

W piśmiennictwie znajdujemy 18 przypadków opisanych podobnych torbieli trzustki (Körte wspomina o 13, Brackel[1]) dodaje 3, a Starck[2]) i Fitz[3]) (Richardson) po 1). Są to zazwyczaj torbiele wielokomorowe, wyścielone przybłonkiem wałeczkowym, posiadające liczne, rozgałęzione zagłębienia.

Charakteryzują się tem, że bardzo powoli rosną, a sprawiają dolegliwości dopiero wtedy, gdy dojdą do większych rozmiarów. Etyologia tej odmiany torbieli trzustki zupełnie ciemna. W żadnym z opisanych przypadków nie można podejrzywać urazu lub jakiejś sprawy zapalnej.

Objawy zapalne, jakie klinicznie spostrzegano przy torbielach trzustki, wskazują, że sprawy zapalne gruczołu, wywołane przez uraz lub jakiś bodziec wewnętrzny odgrywają w tworzeniu się torbieli pierwszorzędną rolę. Zdanie to podzielało oddawna wielu autorów, a Tilger oparł nawet na tem swą teoryę. Autor ten przyjmuje, że skutkiem przewlekłego zapalenia śródmiąższowego *(pancreatitis chr. interstitialis)* i następowego bujania tkanki łącznej przychodzi do odsznurowania się drobnych pęcherzyków gruczołowych i ich przewodów. Następuje zastój wydzieliny, a równocześnie skutkiem zwyrodnienia przybłonków zraziki gruczołowe przemieniają się w maleńkie torbiele. Gdy zaś zaniknie tkanka łączna między tymi małymi torbiełkami, powstają coraz to większe jamki. Na chorobowo zmienioną tkankę działa ferment gruczołu i prawdopodobnie z nadżarcia naczyń, licznie przebiegających w ścianie i zwykle rozszerzonych, powstają krwotoki w utworzone już małe torbiele. Za teoryą tą przemawia bardzo często znajdowane *pancreatitis chronica,* nadto na jej korzyść świadczy i to, że w ścianach torbiela głównego lub w sąsiednim miąższu gruczołowym spotykano często małe torbiele. Obecność zaś beleczków i komunikujących ze sobą zatok świadczy, że większe przestwory powstały przez zlanie się mniejszych. To przewlekłe zapalenie prawdopodobnie wywołują czynniki, przechodzące do przewodu trzustki z przewodu pokarmowego; w pierwszym rzędzie więc uwzględnić należy cierpienia żołądka i jelit, alkoholizm, zatkania lub zwężenia przewodu Wirsunga (przez nieżytowy obrzęk błony śluzowej, przez blizny lub przez złogi, kamyki, konkrementy).

Powstawanie torbieli rzekomych tłómaczy Körte w ten sposób, że podobnie jak ogniska zapalne lub martwicze trzustki, tak samo też jakiś zrazik, zwyrodniały torbielowato, a znajdujący się na obwodzie trzustki, może przebić do torebki sieciowej i tu przez zlepienie otworu Winslowa może powstać pozostająca jeszcze w związku z trzustką przestrzeń torbielowata otorbiona. Przemawiałoby za tem to, że w ropnych sprawach trzustki spostrzegano otorbione ogniska ropne w torebce sieciowej.

[1]) v. Brackel: Zur Kenntniss der Pancreascysten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1898. 49 Bd. 2 i 3 Heft.

[2]) Dr. J. Starck: Zwei Fälle cystischer Pancreasgeschwülste. Bruns Beiträge z. kl. Chirurgie. 1901. 29 Bd. 3 Heft.

[3]) R. H. Fitz: Multilocular cystoma of the pancreas. Ref. w Centr. f. Chir. 1900. str. 1284.

O ile uraz może być czynnikiem, wywołującym torbiele rzekome, nie jest dotychczas rzeczą należycie wyświetloną. Kliniczne spostrzeganie wskazuje, że po urazach w górną część brzucha u ludzi przedtem zdrowych wytworzyć się może torbiel, wychodzący z okolicy trzustki, wśród gwałtownych bolów, zaraz lub też w jakiś czas po zadziałaniu urazu. Treść ich zazwyczaj krwawa, choć zdarzają się przypadki o treści jasnej, surowiczej, lub śluzowej.

Jordan Lloyd pierwszy podniósł, że tak zw. urazowe torbiele trzustki w większości przypadków są właściwie otorbionymi wylewami lub wysiękami w sąsiedztwie gruczołu.

Za Körtem należy tu odróżnić 2 rodzaje torbieli: *a)* przypadki, gdzie po urazie w przebiegu dłuższego czasu powoli wśród napadowych objawów zapalnych rozwija się torbiel, — i *b)* gdzie ten powstaje w czasie krótkim po urazie, np. parę tygodni.

W pierwszych przypadkach objawy kliniczne wskazują, że po urazie nastąpiły objawy zapalne. Skutkiem zatem urazu gruczoł uległ uszkodzeniu, a wynaczyniona krew i wydzielający się ferment trzustkowy wznieciły przewlekłą sprawę zapalną i zainicyowały bujanie tkanki łącznej śródmiąższowej. W dalszym ciągu, w myśl teoryi Tilgera, nastąpiło odsznurowanie pęcherzyków i ich przewodów, a następnie torbielowate zwyrodnienie. Doświadczenia Körtego na psach wykazały ten sposób powstawania. Choć więc u ludzi podobnej sprawy nie stwierdzono, przez analogię możnaby przyjąć, że uraz wywołuje zapalenie trzustki, a w następstwie tego powolne powstawanie torbiela trzustki rzeczywistego.

Przypadki zaś torbieli urazowych, powstałych w krótkim czasie po urazie, zalicza Körte do torbieli rzekomych, do wylewów natury krwotokowej czy też zapalnej w torebce sieciowej, lub pod blaszkę otrzewnej, przykrywającej trzustkę.

Mniejsza lub większa domieszka krwi do płynu wypełniającego torbiel stała się powodem, że niektórzy autorowie (Friedreich[4]) osobno wyróżniali torbiele krwotokowe. Tilger[5]), a za nim wielu innych, nie zgadza się z tym podziałem na torbiele krwotokowe i retencyjne, o ile przez pierwsze rozumie się osobną grupę pod względem etyologicznym. Dotychczas niema żadnego pozytywnego dowodu na to, by krwotok uważać za pierwotny, dla powstania torbiela ważny czynnik. Według Tilgera krwotoki są zjawiskiem następowem i podrzędnem, nie mającem żadnej roli czynnej w powstawaniu torbieli.

Wiadomości nasze o budowie ściany torbieli dotychczas jeszcze są skąpe. Większość przypadków była operowaną zapomocą nacięcia i wszycia ścian torbiela w ranę powłok brzusznych, a z wyciętych kawałeczków nie można było nakreślić należytego obrazu. Kilkanaście razy tylko udało się torbiel wyłuszczyć i te przypadki obok sekcyjnych, przeważnie posłużyły za materyał mikroskopowy. W przeważnej liczbie przypadków ściana składała się ze zbitej tkanki łącznej, ubogiej w komórki. W nielicznych torbielach wewnętrzna powierzchnia była wyścieloną przybłonkiem wałeczkowym, w innych w głównym torbielu przybłonka nie było, a natomiast znachodzono go w torbielach pobocznych. Zwykle jednak przybłonka brakowało, co tłómaczą niszczącem działaniem płynu torbiela.

Często znajdowano liczne porozszerzane naczynia, a z reguły złogi barwika krwi, jako pozostałość po dawniejszych krwotokach. Wewnętrzna ściana była już to gładką, już to nierówną; w pojedynczych przypadkach znajdowano na niej wiotkie naloty włóknikowe, łatwo dające się oddzielić, wypuklenia, wybujałości i złogi podobne do wapna; w kilku przypadkach opisano beleczki, listewki, które wskazywały, że torbiel powstał przez zlanie się kilku torbielków mniejszych. W niewielu przypadkach znaleziono w ścianie miąższ trzustki, a Rydygier w przypadku operowanym w roku 1891 wprawdzie wyraźnego miąższu gruczołowego nie znalazł, ale widział komórki gruczołowe w gromadkach, które oznaczył, jako resztki gruczołu.

W niektórych przypadkach obok torbiela znachodzono zaledwie maleńkie cząstki gruczołu; w innych zaś zachował się gruczoł w przeważnej części i przechodził w ścianę w postaci przegrody, przyczem tak był wyciągnięty, że tworzył niejako szypułę, co znacznie ułatwiało całkowite wyłuszczenie guza.

Co się tyczy sprawy umiejscowienia torbieli rzeczywistych, to podania autorów są nieraz sprzeczne z sobą. I tak: Körte twierdzi, że najczęściej spostrzegano w głowie trzustki, Heinricius zaś przeciwnie, że najrzadziej w głowie, a najczęściej w trzonie. (Ciąg dalszy nastąpi)

[4]) Friedrich: Krankheiten des Pancreas. Handb. d. spec. Path. u. Ther. redig. v. Ziemssen. Bd. VIII. 2. Leipzig 1878.

[5]) Tilger: Beiträge zur patholog. Anat. und Aetiologie der Pancreascysten. (Virchows Archiv. Bd. 137, str. 348).

III Sprawność lecznicza żelaza.

Napisał

Edmund Biernacki.

(Dokończenie).

Twierdzenie powyższe musi być uzupełnione dwoma zdaniami: 1) żelazo zawodzi w blednicy bardzo rzadko, wolno rzec, wyjątkowo: 2) również wyjątkowo bywa nieznoszonem w blednicy, nawet wobec dolegliwości żołądkowych.

Jak już raz wspominaliśmy, istnieją bardzo ciężkie przypadki blednicy, przypadki, ciągnące się niemal lata całe, poprawiające się, ale i nader łatwo nawracające: w tego rodzaju przypadkach w danym okresie choroby nieraz niemożna uzyskać ostatecznego wyleczenia zapomocą żelaza. Niektóre z takich przypadków zdradzają silne pokrewieństwo z niedokrwistością złośliwą; w innych znowu trudno pozbyć się podejrzeń, iż przyczyną uporczywości przebiegu jest ukryty wrzód żołądka, względnie, że mamy przed sobą nietyle blednicę, ile niedokrewność następową wskutek ciężkiego cierpienia organicznego. Nawet jednak i w takich uporczywych przypadkach żelazo rzadko pozostaje bez wszelkiego działania.

Z drugiej strony niełatwo przypomnieć sobie mogę przypadek blednicy prawdziwej, przy którymby żelazo było „nieznoszone“: jeden z takich dotyczy pacyentki z 15,63% pozostałości suchej we krwi, z przewlekłym przebiegiem blednicy. Tutaj chora istotnie nie mogła znosić żelaza (silne dolegliwości żołądkowe) i leczenie ograniczało się na ciepłych kąpielach, środkach objawowych itp.

Wywody powyższe dla wielu przeczyć będą doświadczeniu powszechnemu. Przecież nietylko że w licznych przypadkach „blednicy“ lub „niedokrewności“ żelazo źle bywa

znoszone, ale i w wielu pozostaje bez wszelkiego działania terapeutycznego (w obu względach przetwory organiczne mają być lepsze od nieorganicznych). To też często w przypadkach blednicy przed rozpoczęciem leczenia żelazem radzą oddziaływać terapeutycznie na żołądek, z drugiej zaś strony zjawiło się tyle nowych „łatwo strawnych“, czy „łatwo przyswajalnych“ nieorganicznych i organicznych preparatów żelaza.

Na możebne zarzuty tego rodzaju odpowiedzieć można, iż różnice zapatrywań na sprawność leczniczą żelaza bynajmniej nie zależą od zawodności tego środka, ale zasadniczo od różnic pojmowania i rozpoznawania blednicy i niedokrwistości. A co się tyczy znaczenia żelaza dla prawdziwej blednicy, to twierdzenie odnośne wolno nawet wzmocnić w następujący sposób: żelazo jest do tego stopnia „specyfikiem“ przeciw blednicy, że przy zupełnym braku jego działania, wzgl. *ex nocentibus* możemy wykluczyć ten stan chorobowy.

Na tem miejscu muszę powtórzyć w krótkości to, co gdzieindziej już raz szczegółowo rozbierałem z odmiennego punktu widzenia [14]). Cała sprawa ściąga się do tego, iż na podstawie ogólnych cech klinicznych, przedewszystkiem bladości skóry i błon śluzowych, niedokrewność, a u młodych kobiet blednica, bywają rozpoznawane daleko częściej, niż one istnieją w rzeczywistości. Wogóle, jak wiadomo, w pojmowaniu współczesnem „anemia“ jest jedną z najczęstszych szkodliwości chorobowych, t. j. jedną z najczęstszych przyczyn różnych miejscowych i ogólnych przejawów. Cóż nie istnieje na „tle anemicznem“! — równie dobrze cierpienia oczu jak gardła, oraz nosa, — żołądka, jak kiszek itd. Szczególnie zaś często „anemia“ ma być punktem wyjścia nerwic czynnościowych (histeroneurastenii): to też żelazo jest jednym z podstawowych leków arsenału farmaceutycznego w leczeniu tych stanów chorobowych.

Tymczasem jeśli każdy przypadek niedokrwistości klinicznej będziemy kontrolować hematologicznie, przedewszystkiem we względzie zawartości wody we krwi, oraz liczby ciałek czerwonych, to mimo bladość skóry i błon śluzowych u wielkiej liczby „anemicznych“ (w 60—70% wszystkich przypadków) bynajmniej nie stwierdzimy „anemii“ hematologicznej, to jest rozwodnienia krwi (hidremii) i spadku liczby ciałek czerwonych. Nawet przeciwnie w wielu przypadkach właśnie u bladych histeroneurasteników znajdziemy nierzadko wzmożenie liczby ciałek czerwonych (do 7 milionów i więcej w 1 mlm. sz.), obok pewnego zagęszczenia krwi [15]).

Co do szczegółów odsyłam czytelnika do pracy przytoczonej [16]). W tem miejscu podniosę jeszcze, iż omawianych „pseudoanemików“ nie należy mięszać z blednicą czy niedokrwistością „rzekomą“ wskutek gruźlicy, cierpienia nerek itp. Ostatniego rodzaju przypadki są zazwyczaj istotnemi niedokrwistościami, wprawdzie mniejszego natężenia (18 do 19% substancyi suchej). Co się zaś tyczy „pseudoanemii“ z prawidłowym, nawet „nadprawidłowym“ składem krwi, są to w istocie swej — wedle wszystkiego — takie same przypadki nerwicy czynnościowej, jak przypadki histeryi, czy neurastenii, dobrze wyglądające. Bladość skóry i błon śluzowych powstaje w tych razach prawdopodobnie poczęści wskutek wrodzonej wązkości naczyń powierzchownych, poczęści wskutek ich skurczu; nareszcie ma pewno niemałe znaczenie i ta osobliwa jasność krwi, jaka uderza w wielu przypadkach nerwic czynnościowych mimo obecność hiperglobulii i zgęszczenia krwi.

Neuropatyczne niedokrwistości rzekome bywają rozpoznawane przez wielu jako istotna blednica właśnie dzięki tej okoliczności, iż zdarzają się one w wieku dojrzałości płciowej równie dobrze, jak blednica prawdziwa. Rozpoznanie prawidłowe w tego rodzaju przypadkach, jak widzimy, może być dokonane jedynie przy pomocy badania krwi, wzgl. określenia zawartości wody we krwi metodą wagową.

A więc jedynie badanie krwi może rozstrzygnąć o wskazaniu terapeutycznem! Jeśli nie stwierdzimy wcale rozwodnienia krwi, nawet przeciwnie wzmożenie liczby ciałek czerwonych, to wypadnie ztąd właściwie przeciwwskazanie do użycia żelaza.

Tego rodzaju racyonalizm mógłby — wbrew wszelkiemu oczekiwaniu — bardzo łatwo zawieść, jak już nieraz zawodził i zawodzi w przypadkach analogicznych. Należy się przedewszystkiem dowiedzieć, co mówi w tym względzie „empirya“ kliniczna.

Otóż na podstawie bardzo licznych spostrzeżeń ośmielam się twierdzić, iż u „niedokrwistych“ z prawidłową zawartością wody we krwi i prawidłową czy wzmożoną liczbą ciałek czerwonych żelazo nietylko nie wywiera żadnego wpływu leczniczego, ale właśnie często bywa źle znoszone.

Fakt ten mogłem stwierdzić głównie dzięki klienteli cudzej. Odkąd zajmuję się badaniami hematologicznemi, koledzy kierowali i kierują do mnie różnych chorych w celu zbadania krwi, przeważnie właśnie dlatego, że cierpienie tych chorych nieraz przez długie lata uchodziło za niedokrewność, „uporczywą“ blednicę, nareszcie neurastenię na „tle anemicznem“; z tej racyi chorzy często poddawani byli leczeniu żelazem, czy wodami żelazistemi, zazwyczaj bez jakiegokolwiek pomyślnego wyniku: w dodatku nieraz leczenie to było źle znoszone. Otóż w tego rodzaju przypadkach stwierdzałem prawidłowo normalną zawartość wody obok normalnej czy wzmożonej liczby ciałek czerwonych.

Przytoczę kilka przykładów.

1) *Litt.*, adwokat, lat 33. Liczne dolegliwości neurasteniczne, cera bardzo blada, pacyent przez długie lata uchodził za ciężko niedokrwistego. Różne leczenia żelazem, arszenikiem, w domu i w zdrojowiskach żelazistych, zwykle źle były znoszone. We krwi ku wielkiemu zdziwieniu chorego: ciałek czerwonych — 6,840.000; białych 6250, substancyi suchej — 23,15%.

2) *Sw.*, żona lekarza, od wielu lat neurasteniczka, z powodu bladości błon śluzowych jako »niedokrwista«, często leczona żelazem; Ostatnia kuracya żelazem oraz arszenikiem przy leżeniu w łóżku przed ½ rokiem. «Poprawa», lecz wkrótce potem — mimo to znowu liczne dolegliwości. Ciałek czerwonych 6,260 000; białych — 3125; pozostałości suchej — 21,55%.

3) *Zaw.*, 18 lat, córka lekarza, od kilku lat »uporczywa niedokrwistość«. Parę razy leczenie żelazem, wszystko jednak po dawnemu. Ciałek czerwonych — 6,060 000.

4) *Nap.*, lat 14, córka właściciela majątku, od 2—3 lat z powodu bladości skóry uważana za bledniczkę i wobec tego leczona kilkakrotnie pigułkami żelaznemi, ostatni raz przed pół rokiem, ale zawsze

[14]) Por. »O badaniu krwi we względzie praktycznym«.

[15]) Por. Luxenburg: Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. (Pamiętnik Towarz. lekarsk. warszawskiego. 1898. — Centralblatt für innere Medicin, 1899).

[16]) O badaniu krwi etc.

bez skutku. Liczne dolegliwości bistero-neurasteniczne. Ciałek czerwonych 5,230.000; białych — 6250; pozostałości suchej — 22.93%.

5) *Geb.*, lat 26. żona ogrodnika; dolegliwości neurasteniczne obok bladej cery. Kilkakrotnie sezony w Krynicy, ostatni raz przed rokiem. Ciałek czerwonych — 5,400.000; białych 6250; pozostałości suchej — 20,47%.

6) *Olsz.*, lat 32, panna z ciężką histeroneurastenią od kilku lat; rozpoznawano również prawie stale »ciężką anemię« wobec bladości pacyentki. Próbowano kilkakrotnie leczenia żelazem, ale bezskutecznie; przytem żelazo źle było znoszonem. Ciałek czerwonych — 7.240.000 (!); białych — 3125; — pozostałości suchej — 23,93%.

7) *Geisl.*, lat 15. panna; rozpoznano »błednicę« i chorą przysłano do potwierdzenia rozpoznania. Mimoto czerwonych ciałek — 5,000.000; białych — 6250; pozostałości suchej — 21.92%.

8) *Kam.*, kupiec lat 37, wyglądający niedokrewnie, od wielu lat cierpiał na dolegliwości neurasteniczne: kilkakrotne leczenie żelazem. Czerwonych ciałek — 5,860.000; białych 3125; pozostałości suchej — 23,27%.

9) *N.*, kupiec, lat 33. Wejrzenie nalane, blade, od 2—3 lat cierpi na dolegliwości neurasteniczne; przebył różnorodne leczenia żelazem arszenikiem itd. bez skutku. Ciałek czerwonych — 5,583.000; białych — 3125; pozostałości suchej — 21,18%.

10) *Sim.*, lat 18, córka kupca. Objawy nerwowe. Żelazo bez wpływu. Czerwonych 5,260.000; białych 9375; pozostałości suchej — 20,89%.

We wszystkich przypadkach powyższych cierpienie nerek zostało wykluczone przez badanie moczu.

Tego rodzaju przypadków obecnie jestem w stanie przytoczyć już setki [17]). Posiadam także spostrzeżenia własne, gdzie wobec przypuszczalnej błednicy, czy niedokrewności (ogólne objawy kliniczne), żelazo zostało zalecone bez badania krwi i odrazu było źle znoszone. Otóż w tych przypadkach przy kontroli hematologicznej znowu stwierdzałem prawidłową zawartość wody we krwi obok prawidłowej lub wzmożonej liczby ciałek czerwonych. To też uważałem za dozwolone wypowiedzenie twierdzenia, iż przy leczeniu żelazem błędnica może być wykluczona *ex nocentibus* [18]).

Zapewne przy wywiadach pewna, wprawdzie drobna część omawianych „pseudoanemików" z prawidłowym składem krwi, podawała, iż po tem czy innem leczeniu żelazem nastąpiła „poprawa". Na czem ta poprawa polegała, trudno było dokładnie określić; jedna jedyna chora (przytoczona sub 4), która zresztą straciła wszelkie zaufanie do żelaza, równie dobrze przed, jak po niem, cierpiała na różne dolegliwości nerwowe, sama zwróciła na to uwagę, iż podczas używania pigułek żelazistych miesiączka stała się bardziej prawidłowa, zjawiając się co cztery tygodnie, zamiast poprzednich co trzy. W innych przypadkach chodziło właściwie tylko o poprawę podmiotową, jak „zwiększenie sił" itp.

Że to jednak nie były tak stanowcze poprawy i wyleczenia, jakie spostrzegamy przy stosowaniu żelaza w błednicy prawdziwej, wprost wypadało z faktu, iż chorzy w dalszym ciągu z powodu dolegliwości — nie tych, to innych, — zwracali się do lekarza. To też wątpię mocno, czy ktokolwiek zdołałby przedstawić przypadek dowodzący wyraźnie pożyteczności żelaza w omawianych „pseudoanemiach" lub wogóle u neurasteników (pomijając, naturalnie, poprawę czysto podmiotową, sugestyjną). Niechaj nawet niektórzy z pośród neurasteników, zbadanych przezemnie hematologicznie, doświadczyli niezłudnej poprawy po leczeniu żelazem, to bardzo trudno było fakt ten uczynić wyłącznie, lub głównie zależnym od żelaza z powodu, iż często jednocześnie z żelazem stosowane były i inne czynniki lecznicze, jak usilne odżywianie, hidroterapia, ugniatanie ogólne itp. Otóż w przeciwstawieniu do błednicy prawdziwej właśnie takie czynniki, jak hidroterapia, kąpiele morskie itd. i bez żelaza zdolne są warunkować poprawę u pozornie niedokrwistych neurasteników. Co najważniejsza, w bardzo wielu z pośród moich przypadków żelazo bywało stosowane jednocześnie z arszenikiem; z tym zaś lekiem zdobywa się u bladych neuropatów daleko wyraźniejsze „wrażenia terapeutyczne", niż z żelazem. Przynajmniej niejeden z pośród nich po leczeniu arszenikiem wykazuje wyraźną poprawę wejrzenia zewnętrznego, zwiększenie napięcia skóry itd.

Bladzi neuropaci i neuropatki stanowią duży kontyngens chorych, szukających poprawy u wód żelazistych. Wracają oni ztamtąd z pewną poprawą, albo zupełnie bez poprawy. Ile w pierwszym przypadku zależy ona od samej wody żelazistej, a nie od zmiany trybu życia, pobytu na świeżem powietrzu itd., — pytanie to jeszcze otwarte, podobnie jak względem wielu wód mineralnych. Ale w konsekwencyi do wszystkich wywodów powyższych już *a priori* nie wydaje się nieprawdopodobnem przypuszczenie, że minimalne ilości żelaza, obecne w wodzie żelazistej, mogą w tych razach nic nie mieć wspólnego z ewentualną poprawą, że wpływ pożyteczny zależy raczej od innych składników wody, jak sól kuchenna, zasady itd.

Nareszcie zwrócić należy specyalną uwagę na to, że liczne „łatwo strawne", czy „łatwo przyswajalne", a silnie reklamowane preparaty żelaza, jakie w ostatnich czasach zjawiły się na rynku farmaceutycznym, zawdzięczają swe istnienie właśnie omówionym „uporczywym", „przewlekłym" niedokrwistościom z prawidłowym składem krwi. Do leczenia błednicy prawdziwej są one właściwie zbyteczne i trudno mi przypomnieć przypadek, w którymbym odczuł potrzebę zmiany preparatu zwykle stosowanego (każdy lekarz posiada, jak wiadomo, swój ulubiony) na inny, bardziej modny.

Pozostałe wskazania do użycia żelaza nie wymagają dłuższego omówienia. W niedokrewnościach następowych, zależnych od przewlekłych cierpień narządów, np. nerek, wątroby, czy też od nowotworu, od żelaza można oczekiwać tylko tyle pożytku, na ile, że powiemy, pozwoli w tym kierunku choroba podstawowa. Niewielu też znajdzie się lekarzy, którzyby próbowali leczyć żelazem np. niedokrwistość nowotworową. Rzadko także stosują żelazo w gruźlicy, wzgl. w t. zw. gruźliczej niedokrwistości rzekomej, a to z powodu obaw, mających pewną podstawę, iż leczenie żelazem w tym stanie chorobowym może ułatwić powstanie krwotoku płu-

[17]) Że w tych przypadkach prawidłowy skład krwi, względnie hiperglobulia nie były skutkiem stosowanych leczeń żelazem, wypadało wprost z tego, iż leczenia te odbyły się w wielu przypadkach po raz ostatni na długo przed badaniem krwi (½—1 rok); po drugie, — co najważniejsza, iż u całego szeregu bladych neuropatów, którzy jeszcze ani razu nie leczyli się żelazem, stwierdzano takiesamo zachowanie się krwi.

[18]) O wszystkich faktach powyższych mówiłem już w krótkości w pracy »Hämatologische Diagnostik in der praktischen Medicin«. Dr. R. Wybauw, lekarz konsultant w znanem zdrojowisku żelazistem Spa w Belgii, który pracę powyższą szczegółowo omawiał w »Journal médical de Bruxelles«, 1901, Nr. 38, str. 547, potwierdza moje spostrzeżenia. »Widywaliśmy także młode dziewczęta«, mówi on pomiędzy innemi — »przysłane do Spa z powodu błednicy, a przedstawiające wszystkie objawy przedmiotowe lekkiej błednicy, choć posiadające krew prawidłową; zauważyliśmy, że w tych przypadkach leczenie żelazem nie sprowadzało poprawy, a nawet często źle bywało znoszone».

cnego. Osobiście tak rzadko stosowałem preparaty żelazne przy niedokrewności gruźliczej, czy wskutek choroby nerek albo wątroby, nowotworu itd., iż nie rozporządzam zupełnie obfitszymi materyałami do rozstrzygnięcia jeszcze nierozstrzyganego pytania, jak często i czy wogóle we wszystkich niedokrwistościach wtórnych żelazo jest w stanie wywierać działanie krwiotwórcze.

Co do znaczenia żelaza w krzywicy i zołzach, zdaje się, zupełnie nie znajdziemy w piśmiennictwie spostrzeżeń „czystych“, nie mówiąc już o porównawczych; jak wiadomo, w tych stanach jednocześnie zwykle z żelazem stosuje się tran rybi, arszenik, jod, fosfor, chininę itp. Zasadniczo w tego rodzaju stanach chorobowych wolnoby oczekiwać pożytku od żelaza o tyle, o ile chorzy tacy nietylko wyglądają blado, ale przy badaniu hematologicznem wykazują hidremię krwi, względnie spadek liczby ciałek czerwonych. Tymczasem na podstawie własnych, wprawdzie nielicznych rozbiorów, mogę wskazać na to, iż bynajmniej nie wszyscy bladzi skrofulicy posiadają krew rozwodnioną i zubożałą w ciałka czerwone: przeciwnie w tych przypadkach można niekiedy stwierdzić, podobnie jak u bladych neuropatów, nawet nadmierną liczbę ciałek czerwonych przy prawidłowej zawartości wody.

W niedokrwistościach po krwotoku, oraz w niedokrwistościach po przebyciu chorób zakaźnych żelazo, już wedle wyników doświadczeń na zwierzętach, powinnoby działać niezawodnie. Tego rodzaju niedokrwistości jednak zwykle, a szczególnie u młodych osobników, tak szybko ustępują przy ogólnych warunkach dyetetyczno-higienicznych, iż empiryczno-kliniczne udowodnienie działania żelaza w tych razach może napotykać na znaczne trudności, wprost wskutek zbyt małego okresu czasu. Jak szybko krew wraca do stanu prawidłowego w tych razach, niechaj zaświadczą choćby dwa następujące spostrzeżenia, które właśnie są wymownym dowodem sił samoleczniczych ustroju.

1) Rekonwalescent, lat 34, po przebyciu duru brzusznego. Dnia 8-go po ustąpieniu gorączki ciałek czerwonych w 1 mlm. sz. — 4,375.000; białych — 12.500; pozostałości suchej — 17.31% (czyli dość znaczna hidremia).

W dziesięć dni później bez żelaza: czerwon. — 4.730.000; białych — 3125; pozostałości suchej — 20,31%, czyli stan bardzo nieznacznie różniący się od prawidłowego.

2) Dziewczyna, lat 14, po otruciu kwasem siarkowym. W ośm dni po wypadku, kiedy chora czuła się pozornie zupełnie dobrze, kilkakrotne obfite wymioty krwawe. Wielki zapad i niedokrwistość, podskórne wstrzykiwania ergotyny, kamfory, do wewnątrz bismut. W cztery dni potem, gdy chora zaczęła wstawać i chodzić, we krwi ciałek czerwonych — 3.570.000; białych — 31.250; pozostałości suchej — 16,51%.

W siedm dni później — ciałek czerwonych — 4.450.000; białych — 18.750, pozostałości suchej 16,69%; w 18 dni później (25 od początku) czerwonych — 5210000; pozostał suchej — 18,31%.

Przez cały ten czas chora pozostawała na bardzo szczupłej płynnej dyecie; ze strony żołądka zaczęły występować coraz bardziej objawy wrzodu (bóle, wymioty), — a mimoto wszystko po tygodniu liczba ciałek czerwonych podniosła się prawie o milion!

Co się nareszcie tyczy niedokrewności złośliwej, to tutaj ewentualne poprawy przy i po leczeniu żelazem wolno przyjąć za skutek takiego leczenia daleko śmielej i częściej, niż w innych stanach chorobowych, jako iż przebieg niedokrewności złośliwej jest wogóle daleko mniej „ruchomy“, niż np. przebieg błednicy, a tembardziej niedokrwistości po krwotoku. W piśmiennictwie istnieje też dosyć spostrzeżeń, iż w tej chorobie przy energicznem leczeniu żelazem i arszenikiem zjawiają się dość znaczne poprawy. Osobiście posiadam spostrzeżenie, gdzie w przeciągu $1^1/_2$ roku występowało 3 razy wybitne polepszenie w 3-cim, 4-tym tygodniu leczenia arszenikiem i żelazem; w rezultacie i ten pacyent zginął taksamo, jak inni.

„Czystych“ poszukiwań (t. j. z samem żelazem) nad przebiegiem niedokrewności złośliwej przy leczeniu jej żelazem, podobnie jak nad przebiegiem białaczki i białaczki rzekomej, zdaje się, także niema w piśmiennictwie; zresztą tego rodzaju poszukiwania co do wartości żelaza, posiadałyby przeważnie znaczenie teoretyczne, jako choroby te, jak wiadomo, nawet przy leczeniu najstaranniejszem przedstawiają złe rokowanie. Nawet przy białaczce rzekomej nieraz niemożebnem byłoby stwierdzenie wartości leczniczej żelaza na drodze hematologicznej, ponieważ — wedle własnych dość licznych spostrzeżeń — w wielu przypadkach tej choroby brak zupełny wybitniejszych zmian krwi, w znaczeniu spadku liczby ciałek czerwonych i stopnia hidremii [19]).

Streszczając wywody powyższe, widzimy, iż wśród licznych wskazań do stosowania żelaza, właściwie tylko jedno — prawdziwą błednicę okresu dojrzałości płciowej, można uważać za ustalone i niezawodzące. Natomiast częste obecnie stosowanie żelaza u bladych neuropatów, zazwyczaj nie wykazujących zmian hidremicznych we krwi, i wogóle w nerwicach czynnościowych, nie posiada podstaw ani czysto logicznych, ani, co najważniejsza, empiryczno-klinicznych. Wskazanie to istnieje w medycynie współczesnej, śmiało twierdzić wolno, dzięki tradycyi i naśladownictwu. Dodać nareszcie należy, iż działanie pożyteczne żelaza w błednicy dotychczas można uważać za dowiedzione tylko względem większych dawek tego leku.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Blau. **Bericht über die neueren Leistungen in der Ohrenheilkunde.** (Lipsk. S. Hirzel, 1902).

W latach poprzednich (1896 i 1898) podaliśmy na tem miejscu ocenę książki podobnej treści tego samego autora, obejmującej streszczenia prac oryginalnych z dziedziny otyatryi, ogłoszonych w latach 1893 i 1894, względnie 1895 i 1896. Obecnie mamy przed sobą streszczenia prac, które ukazały się w latach 1897, 1898, 1899 i 1900. Stosownie do tego rozmiary tego dziełka są większe, niż poprzednich. Zresztą sprawozdanie to cechuje się temi samemi zaletami, jak poprzednie. Zawiera ono treściwe wyciągi z piśmiennictwa otyatrycznego z wyżej przytoczonego okresu czasu, odznaczające się gruntowną znajomością przedmiotu i świadczące o ogromnej pilności i wytrwałości autora. Nie zapuszczając się w krytykę poszczególnych prac, podaje Blau w streszczeniu tylko zdania autorów, wyniki ich doświadczeń, ważniejsze spostrzeżenia i twierdzenia. Wobec szybko wzrastającego piśmiennictwa, streszczenia takie mają znaczną wartość, o ile że przypominają już dawniej czytane, a po części może już zapomniane prace naukowe, dalej, że

[19]) Np. 1) Perl., żona inżyniera, lat 36. Ciałek czerwonych — 5,790.000; białych — 9375; pozostałości suchej — 21,37%. W rok później: czerwonych 5,730.000; białych — 6125; pozostałości suchej — 22,78%. — 2) Silb., panna, lat 32. Czerwonych 5.750.000; białych — 3125; pozostałości suchej — 21,15%. — 3) Buk., lat 28, kobieta: czerwonych — 5.890.050; białych — 6250; pozostałości suchej — 20,75%.

umożliwiają poznanie prac i źródeł, któremi nie każdy czytelnik w całości i w oryginale rozporządzać może. ułatwiają przegląd piśmiennictwa pewnego okresu czasu i podają wierny i zupełny obraz stanu otyatryi w tymże okresie.

Niestety musimy tu powtórzyć zarzuty, dawniej już poczynione. Czytając tę pracę, odbiera się w niektórych miejscach wrażenie, jakoby autor nie postępował z równą przedmiotością w wyborze prac, przez niego przytoczonych i streszczonych. Nie może ulegać żadnej wątpliwości, że przez większe uwzględnienie piśmiennictwa także nie niemieckiego i prac obcojęzycznych, między innemi także polskich, z których wyciągi i sprawozdania nie mogą autorowi być nieprzystępnemi (wskazujemy tylko na „Archiv Virchowa“, „Archiv f. Ohrenh.“), dzieło jego zyskując na zupełności, zyskałoby też na wartości. Jako dalsze *desiderata* dla dobra dzieła i w interesie czytelników wyrażamy życzenie, żeby sprawozdania te na przyszłość okazywały się wcześniej, żeby na końcu każdego dziełka był spis alfabetyczny treści i wykaz autorów, podobnie jak to się znajduje np. na końcu każdego tomu „Archiv f. Ohrenheilk.“ itp., a to dla łatwiejszego zoryentowania się przy wyszukiwaniu potrzebnej informacyi.

Zresztą korzyści z tego rodzaju sprawozdań są wogóle, a w szczególności dla zajmujących się tym przedmiotem lekarzy, tak bijące w oczy, że należy się autorowi szczere podziękowanie za jego mozolne trudy, których wymaga przeczytanie i streszczenie tak wielkiej liczby rozpraw i książek.

Spira.

V. Wyciągi.

Baumbach. **Przyczynek do kazuistyki pęknięć pochwy w okresie wydalenia płodu.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 2, 1903). Chora wątłej budowy, z garbem i bocznem skrzywieniem kręgosłupa i zesztywnieniem prawego stawu biodrowego, rodziła sześć razy prawidłowo, w tem raz bliźnięta. Za siódmym razem również bliźnięta, z których pierwsze urodziło się samo. Pomimo silnych bólów wydalenie drugiego płodu bezskuteczne, wreszcie ustanie bólów wśród nagłego zapadu. Stwierdzono znaczne pęknięcie tylnej ściany pochwy, przez które urodziło się całe jaje płodowe do brzucha. Macica próżna, dobrze skurczona za spojeniem łonowem. W pochwie zwój jelit i sieć. Po przebiciu pęcherza płodowego z trudem sprowadzono nóżkę i wydobyto płód. Następowe leczenie polegało tylko na zatykaniu pochwy gazą jodoformową. Po kilku tygodniach wyzdrowienie zupełne. W dwa lata później ósmy poród. Położenie płodu poprzeczne, wczesny odpływ wód. Lekarz wezwany próbował bezskutecznie obrotu; bóle trwały dalej, aż wreszcie znowu nagły zapad. Stan podobny, jak przy poprzednim porodzie. Macica próżna, dobrze skurczona, łożysko i pętle jelit w pochwie, płód w brzuchu. Na tylnej ścianie pochwy długa szczelina. Wydobycie łatwiejsze; w połogu niewyraźne objawy zapalenia otrzewnej i tkanek okołomacicznych, jakoteż lekkie zapalenie żyły lewego podudzia. Opatrywanie pochwy, jak poprzednio. Chora wstała po dwóch tygodniach.

W półtora roku później dziewiąty poród. Płód miał leżeć w położeniu miednicowem, wody odeszły wśród silnych bólów na pięć godzin przed wezwaniem B. Podobny zapad, brak bólów, nieznaczny krwotok. Płód z łożyskiem w jamie otrzewnowej, w tylnej ścianie pochwy pęknięcie, którędy płód wpadł do brzucha. Postępowanie jak wyżej. Chora wstała 14-go dnia. Chociaż autor nie miał sposobności badać chorej w przerwie między ciążami, mimoto przypuszcza, że pęknięcie pochwy powstawało za każdym razem w temsamem miejscu. Przyczyną usposabiającą do pęknięcia było zwiotczenie części miękkich częstymi porodami, rozdęcie brzucha ciążą bliźniaczą i jego obwisłość, skrzywienie kręgosłupa i silne wysterczanie wzgórka kości krzyżowej. *G. Grzybowski* (Kraków).

Kleinwachter. **Uwagi krytyczne nad skracaniem więzadeł sposobem Alexandra.** (*Wiener med. Presse* Nr. 49, 1903). Opierając się na przypadku, spostrzeganym w miesiąc po wykonaniu operacyi Alexandra-Adamsa, gdzie autor znalazł macicę w tyłozgięciu i tesame przypadłości, co i przed operacyą, wykazuje on wady tej operacyi. Nie otwierając jamy brzusznej, nie wiemy w jakim stanie znajdują się przydatki, dlatego nie możemy być pewni, czy przez przemieszczenie macicy nie pogorszymy zmian w przydatkach. Blizny, pomijając już oszpecenie, często się rozstępują i tworzą następowe przepukliny. Największą jednak wadą skracania więzadeł jest następowe ich wydłużanie się, skutkiem czego tyłozgięcie macicy powraca. K. jest przekonany, że nawroty takie dosyć często się zdarzają, tylko nie są ogłaszane, lub giną z pod obserwacyi operatora. Nawroty będą zawsze występować tam, gdzie istnieje i po operacyi przyczyna, sprowadzająca tyłozgięcie, n. p. duża, ciężka macica; ta po dłuższym lub krótszym czasie na nowo naciągnie więzadła do tej długości, że tyłozgięcie powstanie. Tylko tam, gdzie przyczyna sprowadzająca tyłozgięcie po operacyi zostanie usunięta, skutek operacyi może pozostać dobry. *P.*

Lederer. **O gwałtownem rozszerzaniu ujścia macicy zapomocą rozszerzadła Bossiego.** (*Arch. für Gyn.* tom 67, zeszyt 3, 1903). W klinice praskiej używają przyrządu tego już od szeregu lat i zawsze ze świetnym skutkiem — mimo, że w użyciu jest jeszcze ciągle stary model o trzech tylko ramionach (nowy ma cztery). Przeciętnie potrzebowano 20′—35′ do zupełnego rozwarcia ujścia macicy. Przytem zauważono, na co zresztą i sam Bossi zwrócił uwagę, że lepiej jest rozszerzyć więcej, aniżeli mniej; tylko przy takiem postępowaniu uniknie się niejednokrotnie następowych zaciągnięć ujścia macicy zaraz po wyjęciu przyrządu. Głównie stosowano go w drgawkach i tu należy mu oddać pierwszeństwo przed balonem, z powodu 1) pewnej aseptyki, 2) możliwości zastosowania go przy zupełnie utrzymanej i zamkniętej szyjce; 3) o wiele krótszego czasu, potrzebnego do rozwarcia ujścia. Złych następstw nigdy nie zauważono. Skaleczenia szyjki przy powolnem, spokojnem i cierpliwem zastosowaniu nie są częstsze ani większe od tych, które się przytrafiają w porodach prawidłowych; znaczniejsze naddarcia należy może odnieść do następowego wyciągnięcia płodu.

W tymsamym zeszycie „Archiwu“ podaje Dr. Keller w pracy p. t. „Doświadczenia nad szybkiem rozszerzaniem szyjki przyrządem Bossiego“ również dodatnie wyniki, jakie osiągnięto przy użyciu tego przyrządu w berlińskiej „Charité“. Autor używał zwykle balonu, w celu szybkiego ukończenia porodu; przekonał się jednak, że oprócz wad, wyżej podanych, przez Lederera posiada założenie balonu do macicy jeszcze następujące: niemożność użycia go w przypadkach, gdzie główka jest już ustalona; niemożność badania bez poprzedniego usunięcia balonu; nadto poród trwał od chwili założenia balonu aż do urodzenia się płodu przeciętnie 9 godzin, czas stanowczo za długi tam, gdzie idzie o szybkie działanie. *Dr. E. Ehrenpreis*

Bern. S. de Smitt. **Przyczynek do kazuistyki poronień wywołanych (zbrodniczych).** (*Arch. f. Gyn.* t. 67, z. 3, 1902). I. Do autora zgłosiła się kobieta, skarżąca się na bóle w brzuchu, trwające od 2½ lat i występujące głównie przy szybkiem chodzeniu. Badanie wykazało znaczny rozstęp mięśni prostych, a w odległości jednego palca poniżej pępka guz podłużny, łatwo przesuwalny, niebolesny; części rodne nie przedstawiały żadnych zmian. Pewnego rozpoznania nie postawiono. Ponieważ chora tymczasem zastąpiła, a bóle się wzmogły, wykonano laparotomię. Pokazało się, że guz tworzyła wolna pętla jelita, z której po nacięciu wyciągnięto elastyczny cewnik (Charière Nr. 22), nieco nadtrawiony. Po zeszyciu jelita zamknięto jamę brzuszną. Bóle ustały. Po operacyi zeznała chora, że przed 2½ laty radziła się akuszerki, w celu spędzenia płodu i że ta włożyła jej coś do pochwy. Istotnie chora poroniła wtenczas, przedmiotu jednak włożonego do pochwy więcej nie widziała. Po zupełnie prawidłowym połogu wstała i od tego czasu odczuwała owe bóle w brzuchu. Autor sądzi, że akuszerka przy wprowadzaniu cewnika przedziurawiła macicę; wskutek następowego ograniczonego zapalenia otrzewnej nastąpił zrost macicy z pętlą jelita, w dalszym ciągu cewnik przedziurawił jelito i przesunął się tamże w całości. Że przy operacyi nie znaleziono zrostów, tłómaczyć należy częściowem ich naciągnięciem i częściowem rozerwaniem wskutek ruchów robaczkowych jelita w ciągu 2½ lat. Nawiązując do tego przypadku, podaje autor dość obszerne piśmiennictwo tego przedmiotu.

II. Do kliniki zgłosiła się wieloródka (XIII poród) w 7 miesiącu ciąży, podając, że przed 4 tygodniami upadła na ulicy i od tego czasu czuje się chorą. Mimoto wychodziła dalej. Przed dwoma dniami, chodząc po ulicy, uczuła nagle, że jej się coś w brzuchu przesunęło na stronę prawą, przyczem doznała silnych bólów. Od tego czasu nie czuje ruchów płodu, gorączkuje i ma krwawe odchody. Po dokładnem zbadaniu przystąpiono do laparotomii. Po stronie prawej leżała macica, okazująca znaczne pęknięcie lewej ściany; po lewej guz, utworzony częścią z olbrzymiego krwiaka więzadła szerokiego, częścią z płodu, przeświecającego pod otrzewną; łożysko jeszcze w macicy. Ponieważ chora gorączkowała (38·9°), wyjęto całą macicę. Ani makro- ani mikroskopowe badanie macicy nie wykazało przyczyny tego pęknięcia. Przy oglądaniu jednak płodu zauważono na czaszce w okolicy małego ciemiączka mały okrągły

otwór w skórze, o brzegach czarnych; w jego okolicy liczne stare podbiegnięcia krwawe. Skóra w miejscu rany była silnie zrośniętą z czaszką. Autor tłómaczy ten przypadek w następujący sposób: Przed 4 tygodniami (upadek na ulicy) była chora u kogoś (akuszerka?), — który w celu spędzenia płodu przebił zgłębnikiem błony płodowe i zranił przytem czaszkę płodu. Ponieważ próba ta pozostała bez skutku, udała się chora przed dwoma dniami powtórnie do owej osoby, która, chcąc już teraz działać energiczniej, przedziurawiła przytem macicę. Przy powrocie chorej do domu otwór w macicy rozszerzył się i płód wyszedł do jamy brzusznej; wtedy to doznała chora uczucia, jakby jej się coś w brzuchu przesunęło na stronę prawą (macica). Pęknięcie to nie nastąpiło w następstwie bólów, w przeciwnym razie byłoby i łożysko również wyszło z macicy; nadto kobieta, która odczuwa bóle (XIII poród), nie wyszłaby na ulicę. Ze stanowiska medycyny sądowej przypadek ma bardzo wielkie znaczenie; sprawa dotyczyć może rozstrzygnięcia 3 pytań: 1) czy przedarcie macicy nastąpiło dobrowolnie? 2) czy ono zostało wywołane gwałtownie przy istniejącem usposobieniu? 3) czy ono zostało wywołane gwałtownie wśród zresztą prawidłowych stosunków? Dobrowolne pęknięcia macicy zdarzają się zwykle z końcem ciąży, najczęściej dopiero przy porodzie. Przyczyny należy szukać w nadmiernem rozciągnięciu dolnego odcinka macicy, spowodowanem niestosunkiem między miednicą a poprzedzającą częścią płodu. Sprawa zresztą dobrowolnego pęknięcia macicy nie jest jeszcze rozstrzygniętą; jedni bowiem przyjmują koniecznie obecność przyczyn usposabiających, drudzy je zaprzeczają. Nawiązując do tego, przedstawia autor bardzo obszerne piśmiennictwo, dotyczące tego sporu, i decyduje się ostatecznie na następujące orzeczenie: Pęknięcie macicy nastąpiło tu wprawdzie w późniejszym okresie ciąży (7 m.), jednak z wykluczeniem działania bólów porodowych i niestosunku między miednicą a płodem; również niema mowy o usposobieniu, gdyż nigdy przedtem nie wykonano żadnego zabiegu na macicy, a badanie mikroskopowe mięśnia macicy wykazało zupełnie prawidłowe stosunki. Uraz, o którym wspomina chora, zbyt był mały i nie mógł żadną miarą tłómaczyć tak poważnych następstw, jakie tu zaszły. Wobec więc tych danych i owego skaleczenia powłok czaszkowych płodu, które dla orzeczenia ma wielkie znaczenie, nie waha się autor ani na chwilę twierdzić, że tu wywołano poronienie zbrodnicze, a to spowodowało pęknięcie macicy i śmierć płodu. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Fasching. **O leczeniu mięszaniną jodoformu i kalomelu.** (*Wiener med. Presse* Nr. 1, 1903). Ostrzeżenie Schlaefkego, że się nigdy nie powinno podawać jodu wewnętrznie, gdy się stosuje kalomel w chorobach oczu, kalomel bowiem łączy się z jodem, wydzielającym się we łzach, na jodek rtęci i jodochlorek rtęci, połączenia, działające bardzo żrąco, ostrzeżenie to nasunęło autorowi myśl zastosowania tego połączenia w ranach o licznych zaułkach i fałdach, na które w zwykły sposób antyseptycznie działać nie można. Początkowo (w r. 1895) bojaźliwie, potem coraz odważniej stosował mięszaninę kalomelu i jodoformu w równych częściach, tembardziej, że w r. 1897 potwierdził Sprengel wyniki autora co do działania podanej mięszaniny. Sprengel stosował ją z szczególnem upodobaniem przy tracheotomii z powodu błonicy i przy zabiegach operacyjnych w gruźlicy stawów i kości. Dochodził nawet do 4½ grm. tej mięszaniny i to bez żadnych przypadków następowych. Autor poleca ją w zapaleniach ropnych różnego rodzaju, w zropiałych gruczołach gruźliczych, dymienicach, świeżych ranach, próchnicy kości itd. Stosował ją z góry w 250 przypadkach i opatruje w ten sposób, że posypuje pędzelkiem najpierw kalomelem, potem jodoformem i przykrywa ranę 20% gazą jodoformową. Powinno się używać kalomelu *via humida*, albo jeszcze lepiej *vapore paratum*. Pod tą mięszaniną odpadają części obumarłe, rana oczyszcza się, powstaje świeża czerwona ziarnina i obejść się można zupełnie bez kamienia piekielnego. Do zalet wielkich tej mięszaniny należy, że zapobiega przyklejaniu się gazy do rany, przez co uwalnia się chorego od bólu i przykrości przy zdejmowaniu przyschniętej gazy podczas zmiany opatrunku. Ropa traci wtedy swą gęstość, staje się więcej płynną, surowiczo-śluzową. Wessanie obu tych środków równocześnie wpływa na znaczną poprawę chorych zołzowych, chorzy stają się zdrowsi, przybierają na wadze, a rany goją się prędko. W ropieniach cuchnących mięszanina działa również odwaniająco, a już z zapałem wyraża się autor o działaniu jej na uporczywe, opierające się wszelkiemu leczeniu wrzody podudzia. Wrzody te nie mają być większe od talara, gdyż zachodzi obawa otrucia przy większych wrzodach, przy których stosuje z dobrym skutkiem amyloform. Wrzody miękkie i twarde oczyszczają się i goją bardzo dobrze. Objawów zatrucia nie zauważył autor ani od jodoformu, ani od kalomelu, w żadnym przypadku; chorzy nie skarżyli się nigdy na palenie, bóle, czasem tylko odczuwali nieznaczne swędzenie; sztucznego wyprysku nigdy nie zauważył także, skóra zdaje się lepiej znosi tę mięszaninę, niż czysty jodoform. Dobre działanie tłómaczy autor wytwarzaniem się jodku rtęciowego *in statu nascendi*, który jest dobrym środkiem przeciwgnilnym.

B. Żmigród.

J. Wiener. **Wskazania do wycięcia nerki** (*nephrectomia*). (*Med. Rec. — Journal of Amer. Med. Ass.* 24 maja, 1902). Autor wymienia choroby, w których wskazanem jest wycięcie nerki: roztrząsa szczegółowo sposoby badania, wykazuje niebezpieczeństwo tego ostatniego z powodu możliwego zakażenia zdrowego moczowodu, a następnie tą drogą drowej nerki. W wieku dziecięcym wycięcie nerki wskazane jest w rozwojowych wadach wrodzonych i przy nowotworach; z wad rozwojowych najczęściej wydarza się niedrożność moczowodów z następową puchliną nerkową; z nowotworów zaś, w tym wieku spotykanych, najczęstszymi są mięsaki.

W młodzieńczych latach potrzeba usunięcia nerki może zajść z powodu zapalenia miedniczek nerkowych, lub posokowatych spraw w nerkach, będących następstwem jednej z ostrych chorób zakaźnych; przytem może być zajęta nerka, przedtem zupełnie zdrowa.

W wieku dojrzałym wskazania do wycięcia nerki mogą być następujące: 1) puchlina nerek, 2) zapalenie miedniczek i samej nerki, zwłaszcza ropne, 3) gruźlica, wreszcie 4) nowotwory złośliwe.

Puchlina nerek jest wskazaniem do usunięcia nerki, jeśli mamy do czynienia z *a*) torbielem z zarośniętym moczowodem; *b*) jeśli w torbielu nastąpił zupełny zanik tkanki nerkowej, lub pozostały małe jej resztki; *c*) jeżeli nie osiągnięto dodatnich wyników przy pomocy innych zabiegów, jakoto: nefropeksya, nefrotomia, operacye plastyczne, usunięcie kamieni. Wogóle według doświadczenia autora, z powodu puchliny nerkowej rzadko zdarza się konieczność usunięcia dorosłemu człowiekowi nerki.

W zapaleniu miedniczek i nerek i w ropnem zapaleniu nerek leczenie chirurgiczne może polegać na nacięciu nerki (nefrotomia), lub wycięciu jej (nefrektomia): która z tych operacyj jest lepsza, trudno powiedzieć. Jeżeli obecność wielkiej ilości ognisk ropnych czyni nacięcie nerki zanadto uciążliwem i niebezpiecznem, wskazana jest pierwotna nefrektomia. Lecz z drugiej strony, robiąc początkowo nacięcie nerki, dajemy ustrojowi czas przyzwyczaić się do korzystania z jednej tylko nerki i mamy możność osądzić, o ile wydolna jest druga nerka, przedtem, nim usuniemy chorą. Po nacięciu nerki nie otrzymujemy również takich silnych zaburzeń w wydzielaniu nerkowem, jak po pierwotnem jej usunięciu. Natomiast po nacięciu mogą wystąpić złe następstwa w postaci ogólnego zakażenia ropnego, może również pozostać przetoka nerkowa.

W gruźlicy nerek moczenie krwią bywa często najwcześniejszym objawem; gruźlica zajmuje zwykle tylko jedną nerkę, najczęściej spotyka się u kobiet, może wreszcie pozostawać ukrytą w ciągu wielu miesięcy. Im wcześniej postawiono rozpoznanie gruźlicy nerek, tem mniej widoków następowego zakażenia pęcherza. Objawy, które cechują gruźliczą sprawę w nerkach, są według Morrisa następujące: bóle w krzyżach, obfite moczenie, moczenie ropne przy moczu kwaśnym, moczenie krwawe również przy oddziaływaniu moczu kwaśnem, częste moczenie dniem i nocą, obecność laseczników gruźliczych w moczu, wreszcie ogólne objawy gruźlicy.

Rozpoznanie różniczkowe kamieni nerkowych we wczesnych okresach choroby bywa często bardzo trudne.

Gdy gruźlica bywa najczęściej w wieku od 20 do 40 lat, nowotwory złośliwe spotykamy zwykle po 48-ym roku życia; do najczęstszych należą rak i mięsak. Właściwości, cechujące guzy nerek, są następujące: *a*) jelito grube leży z przodu guza; po stronie prawej okrężnica zwykle leży z przodu i wewnątrz od guza; po lewej z przodu i na zewnątrz: służy to do odróżnienia guza nerki od śledziony lub wątroby; *b*) guzy nerki rosną naprzód, gdy ropnie kierują się ku tyłowi; *c*) guzy nerkowe nie tak znacznie opuszczają się przy głębokim wdechu, jak guzy śledziony i wątroby. Do objawów kardynalnych należą: krwawe moczenie, obecność guza i bóle.

Pierwszorzędnej wagi jest pytanie, czy guz nadaje się do operacyi, czy nie. Wiele tu zależy od długości istnienia objawów chorobowych, od ruchomości guza, od obecności obrzęku na boku lub na nodze po stronie zajętej, od stwierdzenia powiększonych gruczołów, które można wyczuć wewnątrz jamy brzusznej, lub na brzegu kości miednicowych. Należy wreszcie starannie zbadać wszystkie narządy, szczególnie dolne drogi moczowe, żeby wykryć, czy niema przerzutów nowotworu. Polepszenie wyników operacyj w zakresie nerek z powodu nowotworu postępuje równolegle z postępem i innych gałęzi chirurgii nerkowej. Śmiertelność spadła z 60% wszystkich przypadków operowanych przed 1890-ym rokiem, na 20% w 1899 r.

W końcu zwraca autor uwagę na wielkie znaczenie wczesnego rozpoznania, jako najbardziej ważnego dla powodzenia zabiegów chirurgicznych. *Dr. St. Rudzki* (Lublin).

O. Winberg. **Mięsak kulistokomórkowy górnej szczęki z przerzutami, nie nadający się do operacyi, wyleczony mięszanką z toksyn róży** i *bac. prodigiosus*. (*Mec. Record* 3 maja, 1902. — *Philad. Med. Journal* 10 maja, 1902). Czterdziestoletniego weterynarza, należącego do rodziny zdrowej, uderzył byk rokiem w prawą szczękę górną. Po dwóch, czy trzech tygodniach, w celu złagodzenia silnego bólu, który wystąpił po urazie, wyjęto kieł; ulga jednak nie nastąpiła. Następnie usunięto pierwszy (mały) ząb trzonowy i zbadano jamę Highmora, lecz ropnia nie znaleziono. Guz, dostrzegalny w okolicy szczęki górnej, uznano za nowotwór złośliwy. Zaproponowano choremu usunięcie górnej szczęki i operacyę tę wykonano; całego jednak guza wyciąć nie było można; ograniczono się więc do częściowego tylko jego usunięcia. Po stronie drugiej pod uchem był również obrzęk wielkości jaja kurzego, który wycięto w całości. Tkanka guza została zbadana przez anatomów, którzy stwierdzili mięsaka kulistokomórkowego gruczołu.

Po kilku dniach guz mięsakowy zaczął znów powiększać się, zajął nos i okolicę okołouszną i przeniósł się na podniebienie i gardło. Chory przytem szybko chudł i tracił na wadze. Przy znacznem wyniszczeniu wystąpiła żółtaczka, która z początku była niewielka, stopniowo jednak znacznie się wzmogła; wreszcie stwierdzono tkliwość w okolicy wątroby i powiększenie tego narządu. Wystąpiły nudności i wymioty; stolec był zaparty; kał barwy gliniastej, mocz wysycony żółcią. Wobec tego wszystkiego rozpoznano przerzut w wątrobie. Stan chorego stawał się coraz to gorszy pod wszelkimi względami, wobec czego postanowiono próbować leczenia zastrzykiwaniem toksyn róży i *bac. prodigiosus* (sposób Coley). Leczenie to zostało uwieńczone zupełnem powodzeniem: polepszenie nastąpiło prędko i ostatecznie nie pozostało ani śladu guza na szyi, twarzy i szczęce; badanie narządów jamy brzusznej również nie wykryło nic nieprawidłowego. Zastrzykiwano nie w okolicy samego guza, więc działanie na nowotwór nie mogło być miejscowe, lecz ogólne.
St. Rudzki (Lublin).

A. Berg. **Wskazania do zabiegów chirurgicznych w kamicy żółciowej.** (*Med. Record* 3 maja, 1902. — *Philad. Med. Journal* 10 maja, 1902). Autor formułuje wskazania do wkroczenia chirurgicznego w kamicy żółciowej: 1. „Operacye z wyboru“, wykonywane w okresie wolnym od napadów, w celu uniknięcia poważnych następstw: zabieg prosty, z śmiertelnością 2—3%. Powodem do tej kategoryi operacyj bywają: *a*) silne bóle z zapalenia pęcherzyka żółciowego: często powtarzające się, niepowikłane napady kolki żółciowej, trwające pomimo leczenia wewnętrznego, dzięki czemu chory staje się niezdolnym do pracy: *b*) zapalenia pęcherzyka żółciowego z gorączką po pierwszym napadzie ostrego. 2. „Operacye z konieczności“, wykonywane o każdej porze dnia i nocy, często wśród nieodpowiedniego otoczenia na chorych, którzy nieraz są zakażeni posocznicą, zwykle wycieńczeni i z obniżoną odpornością życiową. Operacya trudna i dająca wielką śmiertelność (od 50 do 75%); do wskazań do tej operacyi należą: *a*) błyskawiczne i nadzwyczaj ostre napady zapalenia pęcherzyka żółciowego, które mogą być pierwszym objawem kamicy żółciowej, lecz zwykle występują już po kilku lżejszych napadach. *b*) Puchlina, otok, zgorzel lub przebicie pęcherzyka żółciowego, skażenie krwi składnikami żółci, ropień wątroby i rozlane zapalenie otrzewnej.
St. Rudzki (Lublin).

Dr. Leiner. **Płonica przyranna w przebiegu oparzeń.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 56, 6 B., H. 6, 1903). Płonica przyranna tylko wtedy może być uważaną za taką, gdy prócz charakterystycznej osutki płoniczej wystąpiły inne cechy ze zbioru objawów, charakterystycznych dla płonicy, a więc: zapalenie gardła, obrzmienie gruczołów podszczękowych, zapalenie nerek, a pewną staje się wtedy, gdy któraś z osób, stykających się z chorym, zapadnie na typową płonicę. Inne przypadki t. zw. płonicy przyrannej podciągnąć należy pod zwyczajny rumień na tle naczynioruchowem, toksycznem, ropnem lub posocznicżem. Badania Kocha i de Bovis wykazały, że istnieje stanowczo płonica przyranna i że zachodzi pewna różnica między płonicą przyranną a zwyczajną, mianowicie: 1. Okres wylęgania w płonicy przyrannej jest znacznie krótszy. 2. Zupełny brak zapalenia gardła, lub istnienie tylko objawów nieżytowych w gardle, w przeciwstawieniu do dość regularnie występującego charakterystycznego zapalenia gardła w płonicy typowej.

Autor opisuje trzy przypadki oparzeń, w których podczas leczenia wystąpiła płonica przyranna, w przebiegu której oprócz osutki stwierdzono zajęcie gardła, typowe zmiany na języku, płatowe łuszczenie się skóry, a nawet w jednym przypadku przeniesienie choroby na matkę. Łagodny przebieg płonicy, lekkie zajęcie błon śluzowych, silne natężenie osutki około oparzenia, zupełny brak zwiastunów przed oparzeniem, przemawia za istnieniem płonicy przyrannej, a nie płonicy u oparzonych. Oparzenie więc tworzy niejako bramę wejścia dla jadu płonicy, lub też wzmaga usposobienie do zakażenia płoniczego.
Dr. Bolesław Komorowski.

Wierszynin. **W sprawie leczenia tętniaków podskórnemi wstrzykiwaniami żelatyny.** (*Russkij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteryologii* 1902, kwiecień i maj). W. stosował w oddziale prof. Korkunowa (Tomsk) żelatynę w 5-ciu przypadkach tętniaka: 4 chorych doznawszy po 5—6 wstrzyknięciach ulgi, wystąpili z kliniki, jeden zaś doprowadził leczenie do końca. Chory ten cierpiał od 4 lat na tętniaka łuku tętnicy głównej: tętniak wypukłał się znacznie na zewnątrz, silnie tętnił, wywoływał znaczną duszność i bóle w piersiach, między łopatkami i w lewej kończynie gónej; zdradzał się on również przenikliwym szmerem, słyszalnym przez samego chorego. Gdy zwykłe środki nie odnosiły skutku, postanowił W. zastosować żelatynę. Pierwszy raz wstrzyknięto 100 sz. ctm. 1% rozczynu żelatyny w 0,6% chlorku sodowego; po trzech dniach znowu 150 sz. ctm., a następnie co 3 dni 200 sz. ctm. 3% rozczynu. Wszystkich wstrzyknięć zrobiono 15. Następstwem tego leczenia było, że tętnienie znacznie się zmniejszyło, a szmer znikł; ustąpiły również bóle i duszność; opukiwanie i rentgenofotografia wskazywały na zmniejszenie worka. Po 2½ latach chory ten znów uczul bóle w piersiach i stracił głos. Badanie wykazało silne tętnienie, powiększenie się worka tętniakowego, porażenie lewej struny głosowej. Po 10-ciu wstrzyknięciach 5% rozczynu żelatyny w ilości 200 sz. ctm. każdorazowo, bezgłos i porażenie struny głosowej ustąpiły, worek zmniejszył się, a duszność i bóle ustały. Po upływie roku badanie nie wykazało pogorszenia.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Wysocki. **Barwienie plwociny.** (*Medinskoje Obozrenije* 1902, Nr. 5). Dla wykrycia w plwocinie włókien sprężystych poleca W. płyn barwiący, stosowany przez Weigerta dla barwienia włókien sprężystych w tkankach. Przygotowuje się go w sposób następujący: 1,0 fuksyny i 2,0 rezorcyny rozpuszcza się w 200 sz. ctm. wody; rozczyn ogrzewa się do wrzenia i do niego dodaje się przy ciągłem mięszaniu 25,0 półtorachlorku żelaza: przytem tworzy się znaczna ilość piany i czarny osad. Ciągle mięszając, gotuje się rozczyn 3—5′, następnie, po ostudzeniu, przesącza. Osad z sączkiem daje się do miseczki, zawierającej 200 sz. ctm. 95% wyskoku i ostrożnie się ogrzewa do wrzenia; po spłókaniu osadu z sączka wyjmuje się sączek, a płyn po ostudzeniu przesącza się i do przesączu dodaje się 95% wyskoku do 200 sz. ctm., a następnie jeszcze 4 sz. ctm. czystego kwasu solnego.

Barwienie odbywa się w sposób następujący: po roztarciu kłaczka plwociny między 2 szkiełkami przedmiotowemi i po ustaleniu preparatu zlekka na ogniu, wkładamy go na 20—25′ do płynu barwiącego i następnie, nie spłókając wodą, przenosimy do 95° wyskoku, zostawiając go w nim do słabofioletowego zabarwienia grubszych części preparatu. W tak przygotowanym preparacie łatwo odróżnić czarne włókna sprężyste od innych składowych części, zabarwionych fioletowo. Jeśli preparat przenieść z wyskoku do słabego wodnego rozczynu kwasu pikrynowego na 2—3′, to czarne włókna sprężyste występują jeszcze wyraźniej na żółtem tle. Ten sposób ma przewagę przed innymi, ponieważ wszystko, oprócz włókien sprężystych, więc i włókna komórek roślinnych, które trudno odróżnić od sprężystych, odbarwiają się wyskokiem i barwią się dodatkowym płynem barwiącym.
Witold Orłowski (Ptbg.).

Dzierżgowski. **W sprawie powstawania antytoksyny błoniczej u zwierząt w zwykłych warunkach ich życia i podczas sztucznego ich uodporniania.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 46). Doświadczenia Dz. wykazują, że wprowadzenie toksyny błoniczej do krwi zwierząt uodpornionych przeciw błonicy, nie sprowadza żadnego odczynu ze strony ustroju; wprowadzenie zaś jej do jakiejkolwiekbądź tkanki w ilości znacznie mniejszej od ilości antytoksyny we krwi, podnosi siłę antytoksyczną krwi. Oczywiście zatem toksyny, wprowadzone bezpośrednio do krwi, szybko rozchodzą się w niej i zobojętniają się nagromadzoną w niej antytoksyną; przy wprowadzeniu zaś toksyny do tkanek nie znajduje tu ona dostatecznej ilości antytoksyny; okoliczność ta wywołuje wzmożone wytwarzanie antytoksyny w komórkach. Z tych więc doświadczeń wynika, że antytoksyna wytwarza się w komórkach w miejscu wprowadzenia toksyny. Ilość wytwarzanej antytoksyny zależy od miejsca wprowadzenia toksyny: przy wprowadzeniu toksyny do tkanki podskórnej wytwarza się więcej antytoksyny, niż w razie wprowadzenia do mięśni. Odporność zależy od szybkości wytwarzania antytoksyny przez komórki, nie zaś od ilości jej we krwi. Zwierzęta, zawierające we krwi duże ilości antytoksyny, lecz niezdolne wytwarzać jej szybko, giną od bardzo małych ilości toksyny.

Oprócz odporności, nabytej drogą sztucznego wprowadzania laseczników błoniczego, lub jego toksyny, spostrzegamy u niektórych zwierząt odporność wrodzoną przeciwko błonicy. Niektóre z nich

(szczury, psy) nie zawierają antytoksyn we krwi; jest to t. zw. odporność „komórkowa“. U koni spostrzegamy nieraz tak, że odporność wrodzoną, lecz krew ich zawiera antytoksyny. Na 215 spostrzeżeń D. stwierdził podobny stan w 25%. Dla wyjaśnienia, zkąd pochodzą te antytoksyny, D. porównywał ilość antytoksyny we krwi koni, posiadających odporność wrodzoną, z ilością jej u koni, uodpornionych sztucznie przed kilku laty. Okazało się, że siła antytoksyczna krwi sztucznie uodpornionych koni obniża się w znacznym stopniu po dokonanem uodpornieniu i po pewnym czasie dochodzi do stałego poziomu, na którym utrzymuje się w ciągu szeregu lat. Ten poziom odpowiada w zupełności ilości antytoksyny u koni z odpornością wrodzoną. Wobec tego D. przypuszcza, że antytoksyna koni z odpornością wrodzoną jest wynikiem odporności czynnej, nabytej w zwykłych warunkach drogą lekkiego zakażenia. Na dowód tego poglądu przytacza D. obecność w śluzie nosowym koni laseczników błoniczych i fakt uodporniania koni przez pędzlowanie błony śluzowej toksyną błoniczą. Wreszcie próby uodporniania samego siebie toksyną błoniczą doprowadziły również do wytworzenia odporności czynnej. *Witold Orłowski* (Ptbg.).

Dr. L. Moszkowicz. **O ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. 5, 1903). W ciągu 10 lat spostrzegano i leczono w „Rudolphinum“ 111 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego w okresie ostrym, z tych 36 leczono zachowawczo: spokój i ścisła dyeta były głównym czynnikiem leczniczym. W ostatnich latach zaniechano zupełnie podawania makowca, który wzmaga porażenie jelit i zaciera obraz choroby, przez co utrudnia obranie odpowiedniej chwili do operacyi. W 20-tu przypadkach nacięto ropień okołokątniczy bez usunięcia wyrostka: dwóch chorych zmarło, u trzech pozostały przetoki kałowe, które zagoiły się dopiero po odcięciu wyrostka, u trzech innych potworzyły się nowe ropnie po $^1/_2$ do $1^1/_2$ roku. O ile dowiedzieć się zdołano, tylko $^1/_3$ część chorych z tej grupy czuła się zupełnie zdrową. Trzecią grupę stanowią przypadki (31), w których po otwarciu ropnia wyszukiwano wyrostek i odcinano go doszczętnie. Z operowanych w ten sposób zmarło 4. Autor (z oddziału Gersunyego) gorąco przemawia za tem postępowaniem. Okolicę ropnia odsłania cięciem Sonnenburga, jamę oczyszcza z ropy i rozpoczyna poszukiwania za wyrostkiem. Nie obawia się przytem odsłonięcia jamy otrzewnowej. Otrzewna w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego zdradza niezwykłą odporność na zakażenie, gdyż »*die Bauchhöhle des an Appendicitis purulenta Erkrankten ist eben an Eiter gewöhnt*« (Riedel). Zdaniem bowiem wielu autorów, z którymi w zasadzie godzi się i M., zapalenie wyrostka około robaczkowego jest tylko dalszym okresem, poprzedzonym przez ogólne zapalenie otrzewnej, które w początkach zapalenia już istniało. Po wycięciu wyrostka szyje autor powłoki brzuszne warstwowo, pozostawiając tylko mały otwór dla setonu. Wyjątkowo tylko rana nie goi się przez rychłozrost. Prócz innych, postępowanie takie ma jeszcze i tę korzyść, że pozwala nam w przypadkach ropienia szerzącego się, odkryć i opróżnić inne ogniska ropne, które się potworzyły w kierunku przebiegu wyrostka robaczkowego. Jak w każdej innej, tak i w tej statystyce, najsmutniej przedstawia się rozdział o rozlanem zapaleniu otrzewny: 3 chorych zmarło bez operacyi, z 21 zaś operowanych udało się utrzymać przy życiu tylko trzech; u wszystkich wycięto wyrostek robaczkowy i po lewej stronie brzucha założono przeciwotwór. Przepłókiwań otrzewnej M. nie radzi, a drenować warto jedynie zatokę Douglasa. Jako środek podniecający zachwala gorące kąpiele + 40 przez kilka godzin, a objawowo korzystnie ma działać przetoka kałowa w kątnicy. *Herman.*

Dr. N. Trinkler. **Przymiot trzew w postaci, wymagającej chirurgicznego wkroczenia.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* T. X, Z. V, 1903). W pracy tej, opartej głównie na piśmiennictwie, w mniejszym stopniu na własnej kazuistyce, wziął sobie autor za zadanie zwrócić uwagę internistów i chirurgów na to, że niekiedy w narządach jamy brzusznej wystąpić może kiła i to tak wrodzona, jak i nabyta w postaci, wymagającej chirurgicznego wkroczenia. Tak np. w przymiotniakach wątroby okazuje się niekiedy pożądaną próbna laparotomia, którą autor zaleca w każdym wątpliwym (pod względem rozpoznawczym) przypadku. Zdaniem autora także przymiotniaki duże, nie ulegające wessaniu, mogą być leczone chirurgicznie, podobnie jak i wątroba odsznurowana, będąca niekiedy następstwem wessania przymiotniaka. W jelitach (początek jelita biodrowego), blizny po wrzodach na tle przymiotu spowodować mogą przewlekłe zwężenie; owrzodzenia przymiotowe żołądka okazują wielkie podobieństwo do zwykłych wrzodów okrągłych, tak dalece, że rozpoznanie staje się niekiedy niemożliwem. A przypadek Bobrowa, który z powodu owrzodzenia przymiotowego żołądka wyciął 4/5 tego narządu, świadczy, że tego rodzaju cierpienia mogą być leczone chirurgicznie z najlepszym wynikiem. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Polieoktov. **Wstrzykiwania kwasu karbolowego do miąższu migdałków w płonicy.** (*Semaine médicale* 1903, Nr. 5). Sposób ten podał Taube w r. 1877; polega on na wstrzykiwaniu zapomocą strzykawki Prawatza o długiej igiełce 3% lub 5% kwasu karbolowego. Wskazany jest w przypadkach bardzo ciężkich.

Autor wypróbował ten sposób leczenia na materyale kliniki pedyatrycznej w Moskwie, zmieniając nieco technikę. używa on strzykawki o 3 ctm. sz. pojemności i igły zakrzywionej pod kątem rozwartym, zaś roztworu karbolowego tylko 3%. U dzieci poniżej lat 4 wstrzykuje 1 grm. płynu; u starszych 2 grm. i to nie naraz, lecz dzieli tę ilość na dwa lub trzy ukłócia. Wstrzykiwania te stosuje codzień aż do osiągnięcia trwałego obniżenia ciepłoty. W razie czarnego zabarwienia moczu należy przerwać leczenie, gdyż grozi dziecku zatrucie. Oprócz wstrzykiwań nie stosuje żadnego innego leczenia, chyba kofeinę w przypadkach słabnięcia czynności serca i przestrzykiwania gardła wodą borową. Na 110 przypadków, leczonych w ten sposób, przypada 18 zejść śmiertelnych (16%); — autor wstrzymuje się od jakichkolwiek statystycznych wniosków pod tym względem. Natomiast, co się tyczy bezpośredniego klinicznego spostrzegania, zauważył autor pomyślny wpływ na objawy miejscowe i ogólne (spadek ciepłoty, szybkie wessanie wypociny), jak również brak ropienia gruczołów chłonnych, które tak często występuje w przebiegu płonicy.

Leczenie należy rozpocząć z chwilą uczynienia rozpoznania płonicy, co zwykle ma miejsce w drugim dniu choroby. *Dr. T. Żeleński.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

Posiedzenie naukowe dnia 21 listopada 1902 roku.

Przewodniczący: kol. Sołowij.

1. Kol. Świtalski przedstawia przypadek pląsawicy Huntingtona. Chora liczy obecnie lat 54 i o ile wskazują wywiady, nie zdaje się być dziedzicznie obciążoną. Nie przebywała żadnych chorób. W 47 roku życia zauważyła osłabienie kończyn dolnych. Po pewnym czasie potem wystąpiły ruchy mimowolne w rękach, które przeszły następnie na przedramiona, ramiona, mięśnie karku, w końcu na mięśnie kończyn dolnych i tułowia. Od 3 lat zauważyła chora pewne trudności przy mówieniu, a wreszcie upośledzenie pamięci, które coraz bardziej postępuje, jak i wyżej wspomniane objawy. Badanie przedmiotowe wskazuje bardzo wybitne ruchy pląsawicze w zakresie mięśni, kończyn, szczególnie górnych i tułowia. Zaburzenie w mowie, jakie stwierdzić się daje u chorej, spowodowane jest również ruchami pląsawiczymi mięśni głośni, przełyku i języka. Zresztą w układzie nerwowym innych zaburzeń wykazać nie można. W zakresie sfery psychicznej stwierdzić można wybitną utratę pamięci i ogłupienie.

Przypadek ten pod względem rozpoznawczym nie sprawia żadnych trudności, gdyż wybitne ruchy pląsawicze przy obecności zaburzeń w sferze umysłowej umożliwiają zrobienie pewnego rozpoznania, a mianowicie tak zw. pląsawicy Huntingtona. Przypadek ciekawy jest nie tylko ze względu na rzadkość cierpienia, ale i dla tego, że u chorej nie można wykazać obciążenia dziedzicznego. a dalej, że cierpienie wystąpiło późno, mianowicie w 47 roku życia.

Dyskusya: Kol. Feuerstein podnosi, że urojenia, istniejące u chorej, nie mają specyficznego związku z pląsawicą. gdyż w przypadkach tej choroby objawy przytoczone zwykle nie występują. Zapytuje, czy objawy występowały szybko, czy też powoli. Kol. Świtalski odpowiada, że objawy występowały bardzo powoli. — naprzód ociężałość nóg, potem pląsawicze ruchy rąk. Cierpienie to jest bardzo rzadkie w Galicyi. Kol. Feuerstein podaje. że całość objawów przemawia za rozpoznaniem Świtalskiego, ale dowodu pewnego na to w tym przypadku niema. Kol. Świtalski obstaje przy swojem rozpoznaniu, gdyż są objawy psychiczne.

2. Kol. Bałłaban: »Nieznany dotychczas rodzaj nowotworu spojówki gałki ocznej« (z przedstawieniem preparatów). Mięczak zaraźliwy (*molluscum contagiosum*) jest znanym nowotworem skóry, gdzie on dosięga wielkości grochu, a nigdy jej nie przekracza. Z niemałem zdziwieniem przekonał się prelegent przy anatomicznem badaniu dużego nowotworu 2 ctm. długiego i 1 ctm. grubego, wyciętego ze spojówki gałkowej u 20 letniej dziewczyny, że nowotwór ten jest mięczakiem zaraźliwym. Przypadek ten jest w całem piśmiennictwie dotychczas odosob-

nionym, gdyż do tej pory nie spostrzegano nigdzie mięczaka na spojówce gałkowej, ani też na żadnej innej błonie śluzowej. Dawszy należyty przegląd zapatrywań co do sposobu powstania tego nowotworu na skórze, omawiał B. charakterystyczną cechę mięczaka, którą stanowią jego ciałka *(molluscula)*, przy czem podniósł, że największa liczba autorów skłania się do przyjmowania tych ciałek, jako tworów pasorzytniczych. Następnie pokazywał prelegent preparaty drobnowidowe tego nowotworu, które były barwione sposobem Van Giesona, hematoksyliną i eozyną, błękitem metylenowym, tioniną i t. p.

Skrawki te wykazują typową budowę płatową mięczaka zaraźliwego. A mianowicie są gromady komórek przybłonkowych, poprzedzielane tkankołącznowemi przegrodami, które się rozprzestrzeniają od podstawy nowotworu i posiadają tylko nieliczne naczynia. Licząc od podstawy nowotworu można w nim rozróżnić 4 warstwy komórek.

Najgłębsze warstwy komórek są prawidłowo uformowane, — sześcienne. W wyższych warstwach pojawiają się w komórkach niewyraźnie ograniczone ciałka mięczaka (gregarina). W drugiej warstwie zbliża się jądro ku ścianie komórki i staje się sierpowatem. W trzeciej warstwie uwydatniają się gromady komórek li tylko w postaci siatki, zabarwionej na ciemno hematoksyliną. Siatka ta jest widoczną pomiędzy większemi ciałkami mięczaka. Wreszcie widzimy w czwartej warstwie, że każdy płatek składa się z wielkich świecących ciałek mięczaka, które, jak się zdaje, wystąpiły z komórek.

Dalej widzimy, że płatki nowotworu przylegają do włókien mięśniowych, zaś na stronie przeciwnej (w kierunku ku powierzchni spojówki) są ciałka mięczaka i pozostałości komórek wtłoczone w zwoje czerwonych ciałek krwi.

Praca ta będzie szczegółowo ogłoszoną w »Postępie okulistycznym» i w «Archiv für Augenheilkunde».

Dyskusya: Kol. Szulisławski jest zdania, że należałoby się zapytać dermatologów, czy *molluscum contagiosum* wogóle na skórze może urość do większych rozmiarów. Kol. Bałłaban podaje, że rzeczywiście na skórze nie wyrasta do większych rozmiarów; dlaczego zaś na spojówce urosło do większych rozmiarów, tego rozstrzygnąć nie może. Kol. Świątkiewicz widział w klinice skórnej guzki wielkości grochu.

Dr Ruff, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 5 grudnia 1902 roku.

Przewodniczący: kol. Jasiński. — Obecnych członków 34.

1. Kol. Łukasiewicz przedstawia 2 przypadki *xeroderma pigmentosum* z bardzo rozległemi zmianami na skórze i brodawczakami na dolnej powiece u dwóch braci i omawia szczegółowo patologię tej choroby.

Dyskusya: Kol. Machek zwraca uwagę na zmiany w oczach u tych chorych i stawia pytanie, czy te zmiany są typowe dla *xeroderma*, czy tylko są następstwem odwinięcia powiek. Kol. M. sądzi, że zmiany te są po części następstwem zaniku skóry i odwinięcia powiek, — ale dwie zmiany odnosi do *xeroderma*, mianowicie rozstrzeń naczyń włosowatych *(teleangiectasia)* na spojówkach i tylny zrost powiek z gałką oczną *(symblepharon posterius)*. Kol. Łukasiewicz jest także zdania, że te zmiany są następstwem zaniku skóry, sądzi, że rozstrzeń naczyń włosowatych na spojówce tworzy się analogicznie jak na skórze, a powstaje w ten sposób, że warstwa brodawkowa skóry i część naczyń zanika, a w obwodzie powstaje rozszerzenie naczyń. Ł. widział u jednego chorego brodawczaka na spojówce, takiego samego, jak u tego na powiece.

Kol. Bałłaban widział początkowy przypadek, gdzie były zmiany na spojówce i na skórze powiek. Na spojówce powstają te ogniska tak samo, jak na skórze, przez bujanie przybłonka i wnikanie w głąb tkanki spojówkowej. Zapytuje, czy te nowotwory powstają drogą przerzutów. Kol. Łukasiewicz podnosi, że pierwszym objawem są zaniki i pigmentacye po sprawie zapalnej. Dopiero z tych ognisk zeskórniałych wytwarzają się brodawczaki. Te przypadki, które widział, nie były pierwotnie na gałce ocznej, ale przeszły ze skóry powiek. Przerzuty mogą być, jak wogóle przy nabłoniaku.

2. Kol. Zalewski przedstawia chorą z kurczem drgawkowym mięśnia naprężacza bębenka, i podaje, że jest to jeden z objawów histeryi, na którą ta chora cierpi. Ruchy te może chora dowolnie wywołać, mrugając powiekami, i ruchy bębenka są jednoczesne z ruchami powiek.

W dyskusyi zabierali głos koll. Świtalski, Burzyński, Beck i prelegent.

3. Kol. Moraczewski: Chemia krwi gruźliczej. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya: Koll. Beck i Moraczewski. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Posiedzenie naukowe dnia 19 grudnia 1902 roku.

Przewodniczący: kol. Sołowij. — obecnych członków 44.

1. Kol. Prezes przedkłada proponowaną przez wydział listę członków komisyi matki, — przyjęto bez dyskusyi.

2. Kol. Gluziński z uwagi na to, że wybrana r. z. komisya przemysłowo-lekarska nie spełniała swoich zadań należycie, a to z powodu zbyt wielkiej liczby członków tak, że nigdy nie można było zebrać potrzebnego kompletu, czyni wniosek o rozwiązanie, względnie zreformowanie tej komisyi.

W dyskusyi zabierali głos koll. Wątorek, Beck, Sołowij i Kadyi. — poczem uchwalono rozwiązać obecną komisyę przemysłowo-lekarską, a wybrano natomiast nową, złożoną z 6-ciu członków: koll. Gluzińskiego, Krzyżanowskiego, Serbeńskiego, Eljasza-Radzikowskiego, Webra i Legeżyńskiego.

3. Kol. Mars przedstawia chorą z przetoką maciczno pochwową i omawia szczegółowo patogenezę tego cierpienia.

4. Kol. Brejter przedstawia chorą z gruźlicą nerki lewej, u której badaniem przez pochwę można wykazać naciekły moczowód.

Dyskusya: Kol. Szymański opowiada o jednym przypadku z praktyki prywatnej, gdzie z powodu zbyt długiego pozostawania krążka macicznego w pochwie powstała przetoka maciczno-pochwowa, która przy zwykłem przeciwgnilnem postępowaniu rychło się zagoiła.

5. Kol. Feuerstein przedstawia chorą, okazującą wybitne objawy myastenii.

6. Kol. Hojnacki: O postępowaniu w III-cim okresie porodowym. (Rzecz przeznaczona do druku). Prelegent, przeszedłszy pokrótce fizyologię odklejania się i wydalania łożyska, oraz wyliczywszy wszystkie przyczyny krwawień w 3-cim okresie porodowym, zajmuje się szczegółowo, — na podstawie wrażeń z prywatnej praktyki położniczej, — jednym z czynników, powodujących często krwotoki i nieprawidłowy przebieg odklejania się i wydalania łożyska, a mianowicie gwałtownością, niecierpliwością i bezpotrzebną polipragmazyą osób, kierujących 3-cim okresem porodowym.

Bezustanne gniecenie (miętosienie) macicy, praktykowane nawet w razie braku jakiegokolwiek krwawienia, zapominanie o wypróżnieniu pęcherza, za wczesne wygniatanie łożyska zabiegiem Credego, przytem błędne wykonywanie tego zabiegu (podczas rozkurczu i w sposób nieodpowiedni), częstość wyjmowania ręcznego łożyska, częstość, o którejby można powiedzieć, że stoi ona w odwrotnym stosunku do doświadczenia, biegłości i sumienia lekarza, za częste wchodzenie do macicy ręką za oderwanym i pozostałym kawałkiem błon, mimo, że na nieszkodliwość pozostałych części błon prawie wszyscy autorowie się zgadzają, podawanie jeszcze niekiedy przed odejściem łożyska, a nawet przed urodzeniem płodu przetworów sporyszu, w czem się najwięcej przy poronieniach błądzi, — oto błędne zwyczaje, do których ograniczenia dążyćby usilnie należało.

Dalej wspomina prelegent o przesadnem przestrzeganiu, aby położnica dopiero w 3 godziny po porodzie usnęła, podczas gdy w prawidłowym przebiegu tego okresu i przy rozważnem nadzorowaniu spać ona może już w $^1/_2$—1 godz. po porodzie. W końcu, — już tylko przy sposobności, — potępia mowca rozpajanie kobiet rodzących przez akuszerki winem, koniakiem i t. p. wrzekomo dla wzmocnienia bólów porodowych, a także potępia niehigieniczny zwyczaj karmienia noworodka tuż po porodzie rumiankiem, wodą z cukrem, mlekiem i t. p. i to w dodatku najczęściej brudną łyżeczką, — zamiast przyłożenia dziecka już w 8—10 godz. po porodzie do piersi matki.

Na zakończenie apeluje prelegent do zgodnego i jednolitego postępowania w tych codziennych, a tak ważnych sprawach. — *(Autoreferat).*

W dyskusyi zabierali głos koll. Szymański, Mars, Mayer Obtułowicz i prelegent.

7. Kol. Stan. Eljasz-Radzikowski: »Nowy barwik do barwienia komórek krwi, szpiku kostnego, wysięków itd.» (z przedstawieniem preparatów mikroskopowych). — Barwik ten jest mięszaniną dwu barwików zasadowych: pyroniny i zieleni metylowej. Sporządza się go z roztworów nasyconych wodnych, dolewając do ciemno-zielonego roztworu zieleni tyle pyroniny, aż mięszanina zacznie niebieszczeć, t. j. mniej więcej na 3—4 części zieleni metylowej 1—$1^1/_2$ części pyroniny.

Preparat ustalony w wyskoku bezwzględnym barwi się 5 minut. Można go podbarwić przedtem słabym rozczynem szkarłatu.

Dwubarwik ten zielenio-pyroninowy, teoretycznie zestawiony przez Ehrlicha, następnie używany do barwienia komórek krwi zwierzęcej przez Pappenheima, — nadaje się do użycia w badaniach klinicznych obok trójbarwika i ma ważne zalety. Nie jest to barwik panoptyczny, ale odczynnik na istoty zasadochłonne i w tym kierunku może oddać wielkie przysługi. Ziarnina zasadochłonna, pierwoszcze zasadochłonne barwi się nim wyraźnie na czerwono, a więc pierwoszcze limfocytów, ciałek białych jednojądrzastych wielkich, ziarnina komórek tucznych, drobnoustroje itd. W wysiękach przy pomocy tego dwubarwika można z łatwością odróżnić ciałka czerwone jądrzaste od limfocytów, co nieraz należy do trudności.

Preparaty z krwi prawidłowej, białaczkowej, z wysięku brzusznego, ze szpiku kostnego przedstawione następnie, objaśniają znaczenie i wartość tej metody barwienia. *Dr. Ruff*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 18 lutego 1903 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Nowak. — Obecnych członków 25.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Na wniosek komitetu przyjęto jednogłośnie na członków Towarzystwa Dra Jana Bielawskiego i Dra Edwarda Żulińskiego.

III. Kol. Przewodniczący zaznacza, że obecnie z powodu starań techników o grunt pod budowę własnego domu, życzliwie przyjętych przez komisyę budżetową Rady miasta, najodpowiedniejszą jest pora do wniesienia imieniem Towarzystwa prośby do Rady miasta o darowiznę kawałka gruntu miejskiego pod budowę własnego domu Towarzystwa. Przytem kol. Przewodniczący nadmienia, że po uchwale komitetu, popierającej jego wniosek, zasięgał wiadomości w miarodajnych kołach, przyczem odniósł to wrażenie, że życzeniu i prośbie Towarzystwa może się stać zadość, gdyż miasto ma przy ulicy Kopernika grunt o rozpiętości 24 × 22 m., powierzchni 150 sążni kwadratowych, który to grunt dotychczas nie ma żadnego przeznaczenia.

Wniosek ten kol. Przewodniczącego uchwalono jednogłośnie.

IV. Kol. Sekretarz odczytuje testament zmarłego ś. p. Dra Władysława Florkiewicza, którym zmarły przekazał całą swą bibliotekę w Warszawie i w Zakopanem, z wyjątkiem atlasu Laskowskiego, na rzecz Towarzystwa. Zapis ten przyjęto do wiadomości i uchwalono imieniem Towarzystwa przesłać podziękowanie Rodzinie Zmarłego na ręce Siostry, p. Kasyldy Florkiewicz.

V. W myśl uchwały komitetu Towarzystwa wybrano jednogłośnie delegatami na posiedzenie Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy galicyjskich kol. prof. Jordana i kol. Gwiazdomorskiego, na zastępcę kol. prof. Raczyńskiego.

VI. Kol. Merz przedstawia przypadek tężca u dziecka 10-tygodniowego, wyleczony surowicą przeciwtężcową prof. Bujwida. Punktem wyjścia wspomnianej sprawy chorobowej był niezabliźniony pępek. Dziecko przedstawiało typowy kliniczny obraz tężca (*trismus, opisthotonus,* charakterystyczne skurczowe ustawienie rączek, skurcz mięśni kończyn dolnych). Zastrzyknięto dziecku w przeciągu dwóch dni 50 ctm.^{3} antytetaniny (ctm. 200 E., po których w ciągu 4 dni objawy chorobowe w zupełności ustąpiły. Z powodu równoczesnej przepukliny pępkowej nie wycinano, ani nie przypalano miejsca zakażenia; pod wpływem leczenia antyseptycznego pępek szybko się zabliźnił.

W dyskusyi zapytuje kol. Gertler, czy wydzielinę z rany pępkowej badano bakteryologicznie i czy ranę w pępku przypalano? Kol. Bier zaś, jak długo trwał okres wylęgania choroby w danym przypadku? Kol. Merz odpowiada kol. Gertlerowi, że dziecko było leczone ambulatoryjnie i że z powodu późnego zgłoszenia się z zupełnie rozwiniętym obrazem chorobowym przystąpiono do natychmiastowego leczenia surowicą i środkami antyseptycznymi, wskutek czego badań bakteryol. nie przeprowadzono. Twierdzenie kol. Gertlera, że wycięcie miejsca zakażenia byłoby i tak bezcelowem, jest niesłusznem, gdyż choroba nie jest spowodowana krążeniem prątków we krwi, tylko jego toksyn; — przez wycięcie więc miejsca zakażenia, usuwa się źródło. Na pytanie kol. Biera dokładnej odpowiedzi dać nie można z powodu trudności otrzymania ściślejszych dat, tyczących się czasu rozpoczęcia choroby.

VII. Odczyt kol. Lewkowicza: »O czystych hodowlach prątka wrzecionowatego Vincenta, zarazka wrzodnego zapalenia ust« odczytano. (Rzecz przeznaczona do druku).

VIII. Kol. Dr. Seńkowski wygłosił odczyt: «O sposobie mierzenia czynności wydzielniczej wątroby w przypadkach klinicznych». (Praca przeznaczona do druku).

Dr. Dobrowolski, sekretarz doroczny.

* * *

VIII. I. Zjazd lekarski w Kairze.

Sekcya patologiczna.

(Ciąg dalszy).

Prof. Teissier (Lyon). *Zapalenia nerek na tle zimniczem.* Zimnica dotyka często nerek, ale w przeważnej liczbie przypadków jest to sprawa tylko przejściowa, spowodowana wydalaniem zarazków chorobotwórczych, albo złożeniem melaniny. Ostre zimnicze zapalenie nerek nie jest groźne i rzadko tylko przechodzi w stan przewlekły. Zapalenie przewlekłe jest dość częste, a przyczyną jego są kilkakrotne nawroty zimnicy. Sama jednak zimnica nie wystarczy do wywołania stanu przewlekłego; koniecznem tu jest powikłanie z zatruciem alkoholowem lub przymiotem. Jest ono więc z punktu widzenia anatomicznego i klinicznego zapaleniem mieszanem i tem tłómaczy się jego ciężkość. Przebieg i rokowanie w przewlekłych zapaleniach nerek na tle zimniczem zależy nietylko od rozwoju powikłań zwykłych, ale także od rodzaju wydzielanego białka. Doświadczenie nauczyło autora, że istnienie w moczu obok globuliny także pewnych białek z grupy albumoz było w przewlekłem zapaleniu nerek pierwszorzędnym znakiem prognostycznym; gdy się stwierdziło ich obecność, można się spodziewać objawów cięższych, jak napadów gastrycznych w połączeniu z wymiotami, bólami itp., do których dołącza się wkrótce śpiączka i drgawki. Tę albumozę łatwo wykryć w moczu, poprzednio zagotowanym, zapomocą kilku kropel rozczynu miedziowo-potasowego. Wtedy mocz przybiera barwę fiołkowo-purpurową.

Dr. Ibrahim Pasza Hassan (Kair). *Gruźlica w Egipcie.* Autor zdaje sprawę o gruźlicy w Egipcie, omawiając kolejno: 1. gruźlicę w ogólności, 2. klimat Egiptu, 3. wpływ klimatu egipskiego na gruźliczych i wysnuwa następujące wnioski:

1. Klimat Egiptu nie jest korzystny dla gruźliczych, pochodzących z krajów bardziej gorących, niż Egipt. 2. Klimat Egiptu jest korzystny dla gruźliczych, pochodzących z Europy, ale nie ze znacznych wysokości. 3. Najstósowniejszą porą dla gruźliczych w Egipcie jest okres między końcem października, a połową kwietnia. 4. Od kwietnia do października chorzy powinni opuszczać Egipt, aby uniknąć „khamsinu“ (wiatru wiosennego) i nadmiernego gorąca. 5. Przeciwdziałanie środkami sanitarnymi i administracyjnymi szerzeniu się gruźlicy między tubylcami jest najważniejszym czynnikiem zapobiegawczym.

Prof. Maragliano (Genua). *Leczenie gruźlicy płucnej.* Mówca przedstawia wyniki ostatnich badań, tyczących się gruźlicy. Wyłuszcza długi szereg poszukiwań i doświadczeń, które rzucają nowe światło na tę bardzo ważną sprawę. Dzięki tym badaniom wyjaśnia się proces, zapomocą którego natura sama broni ustrój ludzki przed wtargnięciem gruźlicy; — prelegent wyłuszcza sposób, którym się posługuje ustrój w celu samoistnego wyleczenia się z gruźlicy i jak można sztucznie przyjść w pomoc naturze, gdy ta swe siły wyczerpie. Mówca znajduje tę pomoc w surowicy, wyrabianej jego sposobem.

Dr. Fornario (Kair) przedstawia radyogram, tyczący się dziecka, dotkniętego gruźlicą szczytu, które od 2 lat było leczone bezskutecznie. Dzięki zastrzykiwaniu surowicy Maragliano dziecko to wyzdrowiało. Fornario przedstawia następnie radyogram stanu obecnego dziecka.

Dr. Dufourt (Vichy). *Niebezpieczeństwo dyety wyłącznie mięsnej.* Autor stara się udowodnić w swej pracy, że dyeta całkowicie mięsna naraża ustrój na samozakażenie i że jest rzeczą niezbędną dodawanie do potraw mięsnych także pokarmów roślinnych, które powinny stanowić przeważną część materyałów odżywczych. Część pożywienia, przypadająca białkom roślinnym i węglowodanom, jest bardzo często niedostateczną. Prawda, że ich strawność jest mniejsza, niż strawność mięsa, ale w takim razie higienista powinien się starać pobudzić łaknienie i nalegać na wykonywanie ćwiczeń fizycznych.

Dr. Scheuber (Kair). *Kilka rzadkich zakażeń rzeżączkowych.*

Autor podaje historyczny pogląd, tyczący się wiadomości naszych o kanalikach napletka i zaznacza, że w piśmiennictwie znajduje się zaledwie parę przypadków zakażenia samych tylko kanalików; równocześnie przytacza jeden przypadek tego rodzaju, spostrzegany przez siebie. Nadto opisuje przypadek *rectitis gonorrhoica*, w którym chory, wpychając sobie wypadłe guzy krwawnicowe, zakaził odbytnicę nieczystym palcem.

Dr. Insabato (Rzym). *Studyum z patologii egzotycznej nad beri-beri.*

Według Insabato „beri-beri“ nie jest nerwicą pierwotną, lecz następową, wskutek zaburzeń w układzie nerwowym ośrodkowym: wysoka ciepłota i wzmożony stan higrometryczny powietrza są warunkiem koniecznym, aby „beri-beri“ mogła wystąpić. C. d. n.)

IX. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

V.

Choroby kobiece niepołogowe. — Zakończenie.

(Ciąg dalszy)

Następstwem wszystkich dotychczas wymienionych cierpień macicy są upławy „ῥοῦς γυναικεῖος“ *(muliebre profluvium)*. Ścisłego określenia pojęcia upławów nie podaje Galen, lecz pozwala się nam domyślać, że do upławów zalicza wszelkie nieprawidłowe wydzieliny, wydobywające się z pochwy. Najściślej określa upławy Soranus *(lib. II. cap. XI.)*, obejmując tą nazwą „wszelki przewlekły odpływ, zawdzięczający macicy swoje powstanie“. Wydzielina ta może wedle Galena być krwawą „ἐρυθρὸς ἰχώρ“, surowicza „ὀρῥώδης“, wodnistą „ὑδατώδης“, bladą „ὕπωχρος“, żółtą „πικρόχολος“, i białą „λευκός“. Uwzględnienie barwy upławów jest potrzebne, gdyż ona jest rozstrzygającą przy oznaczeniu ich źródła. Celem upławów jest oczyszczenie ustroju *(de locis affectis lib. VI. cap. V.* i *de symptom. causis lib. III. cap. XI.)*, a usuwa się je bańkami, przystawionemi w okolicy sutek *(de arte curativa ad Glauconem cap. XIV.)*, lub napojem, przyrządzanym namoczeniem w winie gorycznika i owoców cyprysu. W tym samym celu podawano także w winie wysuszone czarne winne grona i wiele innych środków, pośród których się znajduje roztarty spalony róg jeleni w napoju *(de rem. parabil. lib. II. cap. XXVI.)*.

Do cierpień samej macicy, o których jeszcze Galen wspomina, należy *„uterus retractus“*. *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)*. Przez *retractio uteri* pojmowali starożytni lekarze macicę starczą. Prawdopodobieństwo przemawia za tem, że Galen nie określa przez to zmiany fizyologicznej, lecz jakiś stan patologiczny. Za tem naszem przypuszczeniem przemawiałaby okoliczność, że on poleca różne środki przeciw tej zmianie, czegoby przecież nie czynił, gdyby szło o zmiany fizyologiczne. Ze zmian patologicznych zaś mogą tu wchodzić w rachubę głównie cztery: t. j. *uterus infantilis, hypoplasia uteri, hyperinvolutio uteri* i *atrophia praecox*. Które z tych cierpień Galen miał na myśli i czy on ich ze sobą nie mięszał, tego nie możemy rozstrzygnąć na podstawie uwag, znachodzących się w jego pismach. Leczenie w tych przypadkach polegało na mechanicznem drażnieniu części płciowych, które przypominało bardzo samogwałt.

Galen znał także zmiany w położeniu macicy. W stanie fizyologicznym ma macica takie położenie, że nie jest w żadnym kierunku zgiętą *(de locis affectis lib. VI. cap. V.)* tak, że polegając na tem, musimy przyjąć, że u Galena jej zgięcie ku przodowi jest równie patologicznem, jak i tyłozgięcie. Wynika to zaś z teoryi powstawania miesiączki, podług której światło naczyń w odpowiednim czasie otwiera się do jamy macicy, a naczynia, przepełnione krwią, uwalniają się od jej nadmiaru. Wśród prawidłowych warunków powtarza się to regularnie, co pewien czas, a sama macica, jako nieprzepełniona z żadnej strony, utrzymuje się w równowadze, że się tak wyrażę, w równowadze chwiejnej. Skoro tylko zachodzą jakieś przyczyny, wstrzymujące miesiączkę, wtedy powstają stosunki podobne do tych, które są następstwem znikania odchodów w połogu *(de venae sectione adversus Erasistratum cap. V.)*, naczynia się przepełniają krwią, a w następstwie tego pośrednio i macica. Gdy się to przepełnianie nie odbywa jednostajnie we wszystkich częściach macicy, natenczas zachodzą także zmiany w jej zbitości, macica wychodzi z równowagi i zgina się w kierunku działania siły większej. Ztąd pochodzą jej zgięcia, a najważniejszą i najczęstszą rolę etyologiczną odgrywa tu, jak widzimy, wstrzymywanie się miesiączki. Objawy tego cierpienia, które palcem badającym stwierdzić można, są identyczne z tymi, które towarzyszą wogóle brakowi miesiączki, a więc ociężałość całego ciała, brak łaknienia, wstręt do potraw i uczucie lęku. Następstwem jego bywają często napady histeryczne. Prócz tej najważniejszej zmiany w położeniu macicy istnieją jeszcze inne, których następstwem jest przemieszczenie macicy *in toto* wraz z częścią pochwową i to ku górze lub na bok. Przyczyna i następstwa tego cierpienia są zupełnie identyczne z poprzedniemi.

Obok wyżej wymienionych upławów istnieją jeszcze inne, różniące się od tamtych tak wejrzeniem, jak i pochodzeniem, a objęte nazwą „γονόῤῥοια“ *(gonorrhoea)*. Przez te upławy rozumie Galen nasienie, wydzielające się z pochwy z powodu schorzenia narządu, wytwarzającego i przewodzącego je do macicy, przyczem cała reszta narządu płciowego odgrywa jedynie rolę pośredniczki w wydzielaniu. Jestto więc bezwiedne i mimowolne wydzielanie się nasienia. Jeżeli zaś uwzględnimy, że narządem wytwarzającym nasienie są u Galena jajniki, a przewodzącym je do macicy trąbki, to będziemy szukali przyczyny nasieniotoku w tych dwóch narządach. Galen znajduje ją w zmienionych własnościach trąbek, a mianowicie w zmniejszeniu się ich siły zatrzymującej *„facultas retentrix“*, co się często zdarza w następstwie napadów padaczkowych lub jakichkolwiek drgawek, niespodzianie występujących *(de locis affectis. lib. VI. cap. VI.)*. Jak więc widzimy, zastanawia się Galen nad patologią trąbek z punktu widzenia, na którybyśmy się dzisiaj w żaden sposób zgodzić nie mogli, ale przyznać musimy, że on jest pierwszym, dla którego ta patologia wogóle istnieje. Soranus *(lib. II. cap. XII.)*, który również uważa to cierpienie za bezwiedny odpływ nasienia, zbliża się na punkcie jego przyczyn i przebiegu raczej do Hipokratesa. Wynika to już z jego teoryi powstawania nasienia ludzkiego. Jak na nasienie składa się cały ustrój, tak będzie on również cierpiał i popadał w charłactwo przy tych upławach, które należy podług Soranusa pod tym względem postawić na równi z nadużyciami płciowemi.

O chorobach więzadeł i pochwy nie wspomina Galen wcale, a z cierpień sromu wymienia jedynie wrzód *(de locis affectis lib. VI. cap. VI.)*, który jest wyrazem złych soków, a dokucza chorej, szczególniej w czasie oddawania moczu i gdy obok niego występuje zapalenie.

Wszystkie cierpienia, któreśmy wymienili, mogą spowodować dla kobiety mniej lub więcej ciężkie następstwa, do których należą przedewszystkiem zaburzenia w miesiączkowaniu. Zaburzenia te mogą się objawiać pod względem ilości krwi odchodzącej, pod względem czasu występowania miesiączki, jej barwy i bolesności. Ilość odchodzącej krwi może być zmienioną w dwóch kierunkach, t. j. w kierunku odpływu zmniejszonego lub zwiększonego. Choroby macicy, którym towarzyszy jej stwardnienie, sprowadzają w następstwie tego zaciśnięcie światła naczyń, które może dojść do tego stopnia, że krew wcale nie odpływa i to stale lub czasowo, zależnie od tego, czy chora osoba używa odpowiednich leków, czy też nie. Obok chorób macicy te same zaburzenia mogą spowodować różne choroby ustroju zupełnie niezależnie od stanu macicy. Lecz i choroby krwi są w stanie do tego samego doprowadzić. Naturalnie, że tu nie-

ma mowy o chorobach krwi w dzisiejszem znaczeniu. Galen ma pod tym względem na myśli jej gęstość i śluzowatość, z powodu której ona, zatykając światło naczyń, nie może wcale przez nie przejść i wydostać się na zewnątrz, lub też tylko w bardzo niedostatecznej ilości. Nareszcie odgrywają pod tym względem także pewną rolę ćwiczenia gimnastyczne, niedostateczne odżywianie się *(de symptom. causis. lib. III. cap. XI.)*, wpływy psychiczne *(in III. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. tertius 82)* i upusty krwi. Gdy żadnej z tych przyczyn wykazać nie można, natenczas ponosi winę temperament, zwłaszcza gdy jest zanadto zimny. Z wymienionych przyczyn, zmniejszających miesiączkę, wynika zarazem wskazówka, gdzie ich szukać należy przy zbyt obfitem miesiączkowaniu. Naturalnie, że tu w pierwszym rzędzie odgrywają rolę warunki, pozwalające się naczyniom macicznym zbyt szeroko rozwierać; zbytnia rzadkość krwi, schorzenia ustroju, powodujące choroby soków, zbyt obfite odżywianie się i spokój *(in aph. Hippocr. com. quint. 57* i *de symptom. causis lib. III. cap. XI.)*. O temperamencie nie należy i tu zapominać, gdyż zbytnia ciepłota krwi pociąga za sobą obfitą miesiączkę *(in aph. Hippocratus com. quint. 57)*.

Nieprawidłowości, odnoszące się do barwy krwi miesiączkowej, pojawiają się przy chorobach soków, a zwłaszcza gdy się zanadto żółci we krwi znajduje. W tych przypadkach stara się już sama natura wystąpić leczniczo, przedłużając czas trwania miesiączki.

Kobiety, których krew staje się bardziej gęstą, miesiączkują w nieregularnych odstępach czasu i to skąpo i rzadko, podczas gdy u osób, posiadających krew rzadszą, miesiączkowanie odbywa się w krótszych odstępach czasu *(in aph. Hippocr. com. quint. 36)*.

Najważniejszem jest dla kobiety całkowite ustanie miesiączki, a to z powodu następstw tego stanu. Z tych wymieniliśmy już przemieszczenia macicy, a teraz wspomnimy jeszcze o zatraceniu się kobiecości, o podagrze, niepłodności i o histeryi. Wszystkie te objawy są zarazem objawami chorób, które spowodowały zanik regularności.

Galen sam nie spostrzegał wprawdzie utraty kobiecości, ale powołuje się pod tym względem na Hipokratesa *(in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. octav. 41)*, który opowiada, że u pewnej kobiety, — w czasie pobytu jej męża na wygnaniu, — pokryło się całe ciało bujnym porostem włosów, wyrosła jej broda, a głos stał się męzkim, w następstwie czego kobieta ta pomimo wszelkiej terapii umarła. Najdzielniejszym w tych sprawach środkiem są upusty krwi, które, odpowiednio zastosowane, nie zawodzą. Przez odpowiednie zastosowanie upustów rozumie Galen nacięcie żyły we właściwem miejscu. Pod tym względem uwzględniano 2 miejsca, odnośnie do nieprawidłości miesiączkowania, a mianowicie na ramieniu przy obfitej miesiączce i na podudziu w okolicy kostek przy jej braku *(de curandi ratione per venae sectionem cap. XVIII.* i *XIX.)*. Przez upusty bowiem krwi z ramienia odciągano ją od narządu rodnego do części górnych, podczas gdy upustami z podudzia sprowadzano ją znowu do dolnych części, a więc i do macicy. Innymi pomocniczymi środkami były przy braku miesiączki kąpiele, rdest czarny w mięszaninie miodu, sabina, polej, aloes, cynamon *(ibid.)*, krzcica, kocia mięta, ruta i korzeń kaparku wygotowane w winie i wiele innych, do których zalicza dostateczne odżywianie *(de rem. parabil. lib. II. cap. XXVI)*. Zbytniego zaufania nie żywi Galen do tych wszystkich środków, gdyż go wielokrotnie zawiodły tak, że ostatecznie zaczął wątpić, czy istnieją wogóle jakieś leki, mogące sprowadzić miesiączkę *(in VI. lib. Hippocr. de vulg. morbis com. octav. 41)*.

Za przyczynę patologicznego braku miesiączki uważa Soranus zwiększenie napięcia macicy *(lib. II. cap. 1.)*, a leczy je środkami łagodzącymi, a więc zmniejszającymi „tonus“, bezpośrednio stosowanymi na macicę, upustami krwi, lecz jedynie z ramienia, — uważając upusty na podudziu za nieodpowiednie, — bańkami, pijawkami, a gdy to wszystko było bezskuteczne, poddawał cierpiące kobiety leczeniu metasynkrytycznemu. Celsus, nie wdający się w szczegóły ginekologiczne, wie tylko, że wstrzymanie się całkowite miesiączki jest połączone z niebezpieczeństwem, gdy powiada, że niebezpieczeństwo, wynikające z tego stanu patologicznego, nie występuje, jeżeli kobieta dotycząca krwawi nosem, czyli że wymaga przynajmniej miesiączkowania zastępczego *(Celsus. lib. II. cap. VIII.)*. Wie natomiast dobrze, że prócz niektórych stanów fizyologicznych sprowadza zanik miesiączki otyłość, obecność pokarmu w sutkach i choroby ogólne, chociażby nawet narząd rodny był zdrowy. Leczy go zaś saletrą, mięszaniną czosnku, mirtu i maści liliowej, lub też ogórkiem roztartym w mleku. Znacznie obszerniej, aniżeli wszyscy tu wymienieni autorowie, traktuje tę chorobę Hipokrates, uważający ją za ciężkie cierpienie. Przyczyna braku miesiączki leży u niego w pierwszym rzędzie w chorobach macicy i to szczególnie w jej zapaleniu i jego następstwach, a następnie także w chorobach ogólnych. Objawy bywają bardzo groźne *(de mulier. morbis I.)*, prowadzące w następstwie czasem do śmierci. Symptomatologia tego cierpienia u Hipokratesa jest najbardziej zbliżoną do tej, jaką nam podał Galen, a terapia dosyć pierwotna, nie wyrzekająca się nawet wykadzenia części rodnych i środków wymiotnych.

Bez porównania łatwiejsze stanowisko ma lekarz wobec zbyt obfitej miesiączki, gdyż tu działają upusty krwi z ramienia, bańki stawiane w okolicy sutków, pijawki *(de hirudinibus, revulsione, cucurbitula, incisione et scarificatione K. XI.)* i skąpa dyeta. Z upustami krwi, w tym razie stosowanymi, nie zgadza się Soranus, twierdząc, że się powiększa utratę krwi u osób i tak już niedokrewnych. *(Soranus lib. II. cap. X.)*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 5. marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Kader przedstawił i omówił szereg nader pouczających przypadków, operowanych w klinice chirurg. krakowskiej. W przedstawieniu chorych brali udział obok kierownika kliniki koledzy: Klęsk i Gerzabek, oraz kol. Kirkor, który objaśnił urządzenie oddziału ortopedycznego i odbył ćwiczenia z chorymi, potrzebującymi gimnastyki leczniczej.

* Na konferencyi, która dnia 21 z. m. zwołaną była do Wiednia, w celu rewizyi ustawy rygorozalnej, zapadły następujące postanowienia: uchwały poprzednie, dotyczące I egzaminu ścisłego, pozostają przeważnie bez zmiany, z wyjątkiem egzaminu z histologii, który odbywać się będzie nie w końcu półrocza IV, lecz na początku V-go. Kandydaci mogą w półroczu IV składać egzamin z biologii ogólnej, z chemii i fizyki lekarskiej, a w półroczu V z anatomii, fizyologii i histologii. II-gi egzamin ścisły obejmuje przedmioty następujące: anatomię patologiczną i histologię, patologię ogólną i doświadczalną, farmakologię i recepturę (z których egzamin można składać w końcu X-go półrocza), dalej—medycynę wewnętrzną, psychiatryę i pedyatryę. Do III egzaminu ścisłego należą: chirurgia, położnictwo i ginekologia, okulistyka, dermatologia i syfilidologia, higiena i medycyna sądowa

Ogólna cenzura z pediatryi, psychiatryi, dermatologii i syfilidologii — znosi się: egzamin z każdego z tych przedmiotów odbywać się będzie osobno i osobno oznaczać się stopień, osiągnięty przez kandydata. Egzamin z przedmiotów teoretycznych może być składany od razu, licząc po 15 minut na każdy przedmiot; egzamin z przedmiotów praktycznych trwać może dzień, a nawet dwa dni. Wszystkie przedmioty, należące do jednego egzaminu ścisłego, mają być złożone w ciągu 6 miesięcy. Kandydat, który do 4-ch lat od rozpoczęcia II egzaminu ścisłego nie skończy wszystkich egzaminów, traci prawo do dyplomu doktora medycyny.

* W krótkim czasie oddany zostanie do użytku chorych znakomicie urządzony szpital izraelicki we Lwowie. Na posiedzeniu dnia 1 marca Rada wyznaniowa mianowała Dr. Mehrera dyrektorem nowego szpitala; prymaryuszami na oddziale chorób wewnętrznych zo-

stali: Dr. W. Pisek i Dr. Ehrlich, oddział chirurgiczny obejmie Dr. S. Ruff.

* D. 28 lutego odbył się we Lwowie Zjazd lekarzy powiatowych. Przedmiotem obrad były sprawy, dotyczące zdrowia publicznego, o ile wchodzą w zakres działania władzy sanitarnej kraju.

* Dr. Władysław Szymonowicz, profesor nadzwyczajny histologii i embryologii w uniw. lwowskim, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Prof. S. Zaleski mianowany został dyrektorem źródeł mineralnych w Słowiańsku.

* D. 1 maja otwarty zostanie w okolicach Wilejki (Litwa) zakład dla umysłowo chorych na 1000 osób. Dyrektorem tego zakładu mianowany został Dr. N. Kraiński.

* W swoim czasie donieśliśmy, że międzynarodowy Kongres prasy lekarskiej zbierze się w Madrycie podczas międzynarodowego XIV Kongresu lekarskiego i że na tym Kongresie prasy zapaść mają ostateczne uchwały, dotyczące paragrafów statutu, nakreślonego podczas konferencyi w Monako; z chwilą ratyfikacyi tych paragrafów statut bezwłocznie nabierze mocy obowiązującej, a po przyjęciu § 1-go statutu zostaną członkami Związku międzynarodowego prasy lekarskiej wszyscy dziennikarze, wyznaczeni przez »narodowe stowarzyszenia prasy«, z tem zastrzeżeniem, że jeden organ nie może mieć więcej nad trzech przedstawicieli i przy głosowaniu rozporządzać może tylko jednym głosem. Na tem pierwszem posiedzeniu odbędą się wybory ostateczne członków zarządu Związku międzynarodowego prasy lekarskiej, a jednocześnie wygaśnie mandat dotychczasowego prezesa, który ponownie wybranym być nie może.

* Bezpośrednio przed Kongresem madryckim odbędzie się w Biarritz III międzynarodowy Kongres hidroterapii morskiej.

* IX międzynarodowy Kongres przeciw alkoholizmowi odbędzie się w Bremie od 14 do 19 kwietnia.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień VI. (8—14—II). Ludność średnia roczna wynosi 95,925. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 41, urodziło się dzieci 64, zmarło osób 67, mianowicie: z gruźlicy 16 (6 zam.), z zapalenia płuc 6 (1 zam.), z krztuśca 2, z błonicy 2 (zam.), z cholery niemowląt 6 (4 zam.).

* Między 18 a 24 lutego doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (2 gm.), dobromilskim (1 gm.), horodeńskim (1 gm.), jarosławskim (1 gm.), jaworowskim (2 gm.), myślenickim (1 gm.), rawskim (3 gm.), śniatyńskim (2 gm.), sokalskim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), tarnowskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (2 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Mianowania i odznaczenia. Dr. Ughi mian. profesorem zwycz. kliniki lekarskiej w Parmie. Dr. Rohon — profesorem zwycz. histologii w czeskim Uniw. w Pradze. Dr. Franqué — mian. zwycz. profesorem ginekologii w niem. Uniw. w Pradze. Doc. Westermark mian. profesorem ginekologii w Stolkholmie. Dr. Wagenhäuser mian. zwycz. honor. profesorem otyatryi w Tybindze.

Nekrologia. Dr. Jan Wieluch, b. lekarz powiatowy w Frysztacie, następnie lekarz praktykujący w Cieszynie, zakończył życie w Opawie. Dr. Lösch, prof. dyagnostyki lekar., zmarł w Kijowie.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr. 7. Wróblewski: Powikłania zdarzające się przy usuwaniu migdałków podniebiennych (dok.). Bucelski: Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka Iacksona i bezwład postępujący (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 8. Borzęcki: Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się. Frączkiewicz: O wodzie krościeńskiej (c. d.).

— *Odczyty kliniczne, wydawane przez redakcyę Gazety lekarskiej* Z. 11 i 12. Białokur: Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 8. Zahradnicky: O dnešnim stavu otázky chirurgického léčeni appendicitidy v záchvatu. Babak: O podnětech činných v ontogenese (c. d.). Wiesner: Pathologie smichu (ciąg dalszy).

— *La Presse médicale* Nr. 15. Ducroquet i Bezançon: Rzekomy rozluźniony staw kulszowy, wywołany ropnem zapaleniem stawu, śród zapalenia szpiku kostnego i kości w wieku dziecięcym. Mac Auliffe: Epidemie ołowicy.

— Nr. 16 Hobbs: Znaczenie pewnych znaków (gościec jednostawowy) i odczynów (doświadczenie z pryszczydłami) dla rozpoznania gruźlicy utajonej. Hannequin: Leczenie rwy żylnej *(phlébalgie)*. Głaskanie *(effleurage)* żył.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 8 Kaufmann i Mohr: Tuczenie białkiem. Cipollina: Przyczynek do nauki o gruźlicy bydlęcej a ludzkiej. Cordes: Rak gruczolakowaty nosa. Baruch: Ułatwienie reakcyi po zimnych procedurach wodoleczniczych. Hansemann: Gruźlica z prątków, które dostały się do przewodu pokarmowego (dok.) Haenel: Myśli w sprawie neuronów.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 9. Seegen: Próba wątrobowa. Merk: O liszaju (*herpes*). Löwenbach: Leczenie ciężkich postaci przymiotu kakodylanem jodo-rtęciowym.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 8. Ehret: Przyczynek do wiadomości o rokowaniu w zanikowej marskości wątroby. Oettinger: Metoda Wienera wzmagania jadowitości prątków Danysza. Sato: O technice mikroskopowej. Löhnberg: Suchoty krtaniowe u ciężarnych. Hamm: Osobliwy guz na błonie śluzowej nosa. Rad. Kliniczny przyczynek do nauki o przemiennem znieczuleniu połowiczem. Assam, Huber: Tasiemiec *(taenia cucumerina)* u dziecka. Ammon: Proste urządzenie elektryczne do oświetlania przy badaniu oczów. Pfister: Wychowanie i leczenie umysłowo obciążonych w domu i w szkole.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 9. Dunbar: Dalszy przyczynek do wiedzy o powstawaniu i leczeniu t. zw. »gorączki siennej.« Veit: Fizyologia odżywiania się płodu. Schulze — Vellinghausen: Przyczynek do zachowawczo-operacyjnego leczenia zastarzałego wynicowania macicy połogowej. Enslin: O rozpoznawczej wartości tuberkuliny w miąższowem zapaleniu rogówki (dok.). Moser: Mięśnio-mięsak żołądka (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, d. 11 marca, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy***, posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: 1) Doc. Marchlewski mówić będzie „O wynikach najnowszych badań nad chlorofilem i barwikiem krwi". 2) kol. Dr. Frączkiewicz „O leczeniu tężca surowicą przeciwtężcową."

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.